

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

520

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Charles HANRION

Né le 21 Septembre 1907, à Paris

**LES ÉPANCHEMENTS SERO-FIBRINEUX DE LA PLÈVRE
DANS LEURS RAPPORTS
AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE**

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Charles HANRION

Né le 21 Septembre 1907, à Paris

**LES ÉPANCHEMENTS SERO-FIBRINEUX DE LA PLÈVRE
DANS LEURS RAPPORTS
AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE**

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiâtrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR LOEPER

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Professeur de Clinique à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider notre
thèse.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR [E. RIST

Médecin à l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a longuement accueilli
dans son service, que cette thèse
soit le témoignage de ma vive
gratitude.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR MOULONGUET

O. R. L. de l'Hôpital Boucicaut

*En souvenir de l'année que
que j'ai passée dans son service
comme témoignage de notre res-
pectueuse et profonde affection.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1926. SERGENT.

DUVAL.

1927. HALBRON.

Externat

1928. MONSIEUR LE PROFESSEUR DESMARETS.

1929. MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY.

1930. MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER.

1934. MONSIEUR LE DOCTEUR RIST.

1936. MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET.

A MADemoisELLE LE DoctEUR BLANCHY

Médecin Assistant à Hôpital Laënnec

*Qui nous a aidé de ses conseils
et de son expérience en témoignage
de notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DoctEUR ARMINGEAT

*En témoignage de ma profonde
amitié.*

A MONSIEUR LE DoctEUR BUC

Médecin-Chef du Sanatorium d'Angicourt

A MONSIEUR LE DoctEUR FOURÈS

Médecin-Chef du Sanatorium de La Bruyère

A MES COLLÈGUES

LES DoctEURS RONCE ET AGEORGES

A MES AMIS

LES DoctEURS ADAM, DU BUIT,
FASQUELLE ET SOBIESKI,

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Les épanchements séro-fibrineux de la plèvre dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire ont fait l'objet d'innombrables articles.

Mais peu d'auteurs en ont tenté une étude d'ensemble. Le présent ouvrage essaye de combler cette lacune.

Nous avons aussi cherché par les statistiques les plus précises possible d'un grand service de phtisologie parisien et de trois importantes consultations, à déterminer le pronostic qu'ils comportent et les moyens thérapeutiques que nous pouvons leur opposer. Nous devons éliminer systématiquement les hydrothorax dont l'étude nécessiterait un volume entier ; il nous sera peut-être reproché de n'avoir parlé que des épanchements de la grande cavité. Malgré nos recherches nous n'en avons pas trouvé d'autres dans le service.

Au terme de notre exposé nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à M. le Docteur RIST qui nous a donné le sujet de cette thèse et nous a libéralement ouvert les archives qu'en 15 ans de pratique hospitalière il avait réunis à l'hôpital Laënnec.

Nous voulons dire notre reconnaissance à M^{lle} le Docteur BLANCHY, qui n'a cessé de nous soutenir de ses conseils et de son expérience.

Nous remercions enfin M^{me} VEYRIÈRES et M^{lle} LANGLOIS assistantes sociales du Réseau de l'État et du VII^e arrondissement, enfin M^{mes} les Infirmières du dispensaire Léon-Bourgeois. Le travail que nous avons entrepris a nécessité le dépouillement de plusieurs milliers de dossiers que sans elles nous n'aurions jamais pu terminer.

PREMIÈRE PARTIE

DE LA NATURE DES PLEURÉSIES SÉROFIBRINEUSES

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les cliniciens du xix^{e} siècle ont longtemps contesté la nature tuberculeuse des pleurésies séro-fibrineuses. Sans doute la cause de cette affection selon Laënnec, « était une stature grêle, l'étroitesse de la poitrine et les tubercules pulmonaires surtout qui paraissent être la cause des pleurésies qui se succèdent à plusieurs reprises et ont une grande tendance à devenir chroniques » ; il continuait « dans certains cas la pleurésie n'a été que la première manifestation, souvent même l'effet ou la présence des tubercules déjà préexistant » et PINEL ajoutait « dans la pleurésie chronique le poumon devient souvent tuberculeux ».

Ainsi contre BROUSSAIS et son école, LAENNEC pouvait-il affirmer que les tubercules sous-pleuraux ne sont pas l'effet mais la cause des épanchements

pleuraux, et PINEL en indiquait la complication la plus fréquente et la plus redoutable : la tuberculose du parenchyme pulmonaire.

Le milieu du siècle se devait d'apporter quelques obscurités à ce problème si simple. Faute de pouvoir nier l'association des tubercules sous-pleuraux et de l'épanchement, on bâtit de fumeuses théories sur le rôle du froid, de la fatigue ou de la compression.

Écoutez GRISOLLE :

« Il est permis de discuter pour savoir si les granulations tuberculeuses ne se sont pas développées consécutivement à l'épanchement. TROUSSEAU affirme avec force que l'action compressive de l'épanchement diminuant l'afflux sanguin provoque des conditions favorables à l'apparition des produits morbides. »

Enfin BEHIER mettait un point final à cette discussion : « La pleurésie, n'est pas une entrée en scène mais une cause déterminante de la phtisie. »

Des erreurs aussi complètes devaient dès 1850, amener une réaction.

D'abord timide avec PIDOUX « certaines pleurésies latentes sont liées à des tubercules miliaires disséminés sous la plèvre ou à la surface du poumon » elle se fait plus nette avec VILLEMAIN BERNUTZ de Genève, l'un et l'autre champions du rôle de la tuberculose ; elle s'affirme avec éclat dans les travaux de LANDOUZY ; ce dernier dans l'état actuel de la médecine semble avoir résolu le problème étiologique. C'est entre 1880 et 1890 que dans ses cliniques il exposait les conclusions suivantes :

La réalité de la pleurésie avec épanchement gauche aigu primitive et acceptée partout comme pleurésie simple à *frigore* n'est nullement démontrée. Elle n'est point une maladie au même titre que la pneumonie, mais simplement un état morbide toujours symptomatique.

Le rôle du froid dans la pleurésie se réduit à un rôle purement occasionnel; l'élément étiologique vrai est la tuberculose plus souvent méconnue parce que sous l'épanchement pleural se cache une lésion localisée. Tout individu qui ne peut fournir comme cause de son épanchement ni une infection ni une dycrasie et qui ne trouve à invoquer qu'un refroidissement, cet individu est un tuberculeux fut-il gros et gras, se déclara-t-il bien portant et indemne d'antécédents phymateux aussi bien personnels qu'héréditaires.

Cette lumineuse démonstration s'appuyait sur l'anatomie pathologique, la clinique, enfin la bactériologie. L'anatomie pathologique lui montrait les tubercules sous-pleuraux. La confirmation bactériologique ne devait venir que beaucoup plus tard. Dès la découverte des bacilles tuberculeux, des chercheurs étudièrent les liquides pleuraux, mais la recherche directe n'y donna aucun résultat. On essaya de tourner l'obstacle par la culture du liquide et l'inoculation aux animaux de laboratoire.

Par malheur, les quantités injectées au cobaye 2 à 5 cc., rarement plus, étaient beaucoup trop faibles, et le pourcentage des résultats négatifs atteignait

80 %. Les bacilles ne cultivaient pas sur les milieux ordinaires.

Il faut compter les tâtonnements par dizaines pour aboutir aux inoculations massives au cobaye.

Il faut attendre les travaux des ces dernières années, ceux de Buc en particulier avec son adjonction de substances acides au liquide pour cultiver à tout coup le bacille dans les exsudats pleuraux. Il n'est donc pas paradoxal de dire que de tous les arguments, c'est le plus faible à l'origine qui devait apporter la preuve définitive de la justesse des théories de LANDOUZY.

Les faits cliniques, au contraire, sont d'interprétation difficile et c'est autour d'eux que devait rebondir la discussion.

Personne ne pouvait plus nier l'origine tuberculeuse des pleurésies. Ainsi les épanchements dits à *frigore* étaient comme ceux des tuberculeux avérés la traduction d'un même mode de réaction de la plèvre à un processus tuberculeux.

Reste le problème pathogénique que les travaux de RANKE et de ses élèves et les ouvrages parallèles de BEZANÇON et de son école, de RIEUX et de COURCOUX en France, ont particulièrement mis au point.

LANDOUZY bien qu'il insistât à plusieurs reprises, sur l'apparition possible des pleurésies chez les sujets indemnes jusque-là de toute tuberculose écrivait : « Il est rare que leur pleurésie soit la seule affection dont eux ou leur entourage immédiat ait eu à souffrir. Le plus souvent, en effet, le pleurétique en dépit de

la santé dont il déclare avoir joui jusqu'à son refroidissement montre plus d'un des attributs du candidat à la tuberculose : ou bien il a déjà eu maille à partir avec quelques épisodes tuberculeux (adénopathies trachéo-bronchiques, bronchites localisées récidivantes ou bien la pleurésie est apparue après des fatigues et des refroidissements pris à soigner un proche, un mari, une femme, un enfant morts d'affection pulmonaire. »

Les partisans des épanchements à *frigore*, BLACHEZ en tête, se basaient, au contraire, sur la rareté des antécédents tuberculeux avérés pour combattre LANDOUZY. Les auteurs modernes, tout en rejetant les conclusions de ce dernier, devaient admettre la justesse de ce point de vue. Si l'on en croit les statistiques des auteurs germaniques FROBENIUS ou SITTMAN, et des Français comme NETTER et LEMOINE, les antécédents de tuberculose ne se retrouvent que chez 25 % des malades.

En 1927 enfin, BEZANÇON et M.-P. WEIL n'en remarquaient que chez 18 % de leurs pleurétiques.

Ils montraient que rares sont les localisations alvéolaires. Il s'agit en général de lésions extra-pulmonaires le plus souvent bénignes. La pleurésie n'est donc qu'une étape du processus tuberculeux, c'est non seulement une localisation de la maladie sur la plèvre, mais le témoin d'une modalité réactionnelle d'une séreuse allergique vis-à-vis de l'agression du B. K., un véritable phénomène de Koch pleural.

Elle prend donc place au stade secondaire de l'évo-

lution tuberculeuse suivant les conceptions de RANKE. Cet auteur en effet divise la marche de la tuberculose en 3 périodes :

1^o La lésion de primo-infection caractérisée par le « Primar komplex » ganglio-pulmonaire ;

2^o Un stade secondaire dans lequel les bacilles ne sont plus arrêtés par le filtre ganglionnaire et se répandent par voie sanguine ou lymphatique dans un organisme hypersensible pour se fixer sur certains tissus ;

3^o Le troisième stade enfin est celui de la tuberculose pulmonaire chronique.

L'opinion de BEZANÇON était partagée par la majorité des auteurs classiques nationaux et étrangers ; les Suisses, PENZOLT et KONIGER en particulier.

La pratique en série des cuti-réactions ont amené MAY et STEINERT, RIEUX et COURCOUX à des conclusions différentes. Ils ont été frappés de voir la fréquence des réactions négatives chez les adolescents et les adultes jeunes.

C'est ainsi que 30 % des étudiants en médecine de 1^{re} année avaient une cuti-réaction négative ; quelques-uns firent une pleurésie et l'épanchement était immédiatement précédé, ou même accompagné d'une modification de leur cuti-réaction. D'ailleurs l'âge, le pronostic, l'évolution souvent récidivante, ainsi qu'il est fréquent dans les réactions des primo-infections à type ganglio-pulmonaire montrent que s'accumulent les faits en faveur d'une pleurésie de primo-inoculation.

Ainsi nous pouvons penser avec LEIBERMEISTER

que la pleurésie peut se rencontrer aux 3 stades de Ranke, à la période secondaire surtout. C'est le moment des métastases osseuses et ganglionnaires. Ce qui a permis à STERNBERG d'écrire que la tuberculose envahit un groupe de tissus de même origine embryologique, et que la tuberculose s'y attaque dans l'ordre de la formation des feuillets.

Le mésenchyme, — ganglions, os, séreuses — serait attaqué le premier, plus tard l'endoderme — voies respiratoires et intestin — ; cette disposition et cette prédilection étaient expliquées par une corrélation endocrinienne.

CHAPITRE II

STATISTIQUES ET TRAITEMENT

Voilà donc placées à un des carrefours lymphatiques les plus denses du corps humain, en relation avec un des tissus les plus sensibles à l'action de la tuberculose, des granulations tuberculeuses. Quelle que soit leur tendance spontanée à la régression, le traitement en devra être long, minutieux, la convalescence surveillée et les tests de guérison appréciés par des médecins qui en ont l'habitude. Il faut avouer que rares sont les malades qui s'y soumettent.

Tout le monde connaît sans doute les justes préceptes de GRANCHER. « Toutes doses égales d'ailleurs la légèreté relative, la gravité du mal dépend du traitement suivi après la phase pleurétique, écrivait-il en 1890. » Mais selon la juste remarque de M.-P. WEILL, la pleurésie est « une maladie aiguë soignée comme telle dans les services d'aigüs ». On ne la rencontre que rarement dans les salles de phtisiologie.

Et les malades surveillés de près pendant la période de liquide et de température, sont lâchés sans surveillance avec le vague conseil d'aller se reposer

quelques mois à la campagne. Nous avons, hélas ! l'expérience des stations de cure et nous pouvons affirmer qu'il en est de même pour la clientèle aisée. Nous avons trop vu de nos camarades anciens pleurétiques considérer leur temps de cure comme un intermède agréable à leurs études et à leurs travaux, une occasion de faire des sports d'hiver, et ignorer jusqu'au sens du mot cure.

COURCOUX et BONNEFOY, de SALLANCHES estiment avec RIST qu'un traitement bien conduit dure 6 mois au moins après la disparition du liquide et qu'on peut le prolonger avec avantage chez les individus âgés. Il se basera sur une cure de repos dans un établissement spécialisé où l'on peut joindre à une bonne alimentation, dans un air pur, une surveillance clinique, radiologique et bactériologique de tous les jours.

C'est à l'oubli peut-être de ces sages règles de conduite que tant de malades payent un si lourd tribut à la tuberculose pulmonaire.

Dans les pays de langue allemande :

En 1881, FROBENIUS sur 100 cas trouve que 43 % de ses pleurétiques ;

En 1885, FIEDLER sur 112 cas trouve que 82 % de ses pleurétiques ;

En 1892, ALLARD sur 130 cas trouve que 50 % de ses pleurétiques ;

En 1908, KÖSTER sur 334 cas trouve que 42 % de ses pleurétiques ;

En 1911, KONIHER sur 34 cas trouve que 78 % de ses pleurétiques ;

En France :

En 1886, LANDOUZY sur 34 cas trouve que 40 % de ses pleurétiques ;

En 1893, NETTER sur 34 cas trouve 20 % de ses pleurétiques ;

En 1893, RICOCHET sur 21 cas trouve que 100 % de ses pleurétiques ;

En 1895, LEMOINE sur 50 cas trouve que 71 % de ses pleurétiques ;

En 1900, SALANOUÉ IPIN sur 50 cas trouve que 31 % de ses pleurétiques ;

En Angleterre :

En 1889, BOODWICH sur 30 cas trouve que 43 % de ses pleurétiques ;

En 1890, BARNÈS sur 62 cas trouve que 40 % de ses pleurétiques ;

Au Danemark :

En 1910, BÖCHER sur 44 cas trouve que 72 % de ses pleurétiques ont fait une tuberculose pulmonaire.

Il est difficile de se faire une opinion ferme sur des chiffres aussi différents.

Les ravages qu'ont exercé trop longtemps les méthodes d'auscultation de GRANCHER on fait prendre de simple scléreux pour des phtisiques.

De plus la radiologie n'était pas encore au point et de profondes divergeances dans l'interprétation des examens se faisaient jour ; et c'est peut-être à ces raisons que l'on doit chez les modernes la chute de cette énorme proportion de 50 %. Il convient de noter en passant qu'avec ces chiffres trop élevés on arrive à 50 % de décès dans un délai de 5 ans.

De nombreux auteurs ont repris le problème après guerre.

Dans les pays de langue allemande ce sont :

En 1922, SILBERSCHMIDT qui sur 350 cas trouve une proportion de 30 %.

En 1929, HAUTMAN qui sur 120 trouve une proportion de 33 %.

En 1931, RAGNAR-BERGLIUS qui sur 434 trouve une proportion de 24 %.

Dans les pays de langue française ce sont :

En 1935, BRELET qui sur 42 trouve une proportion de 15 %.

En 1926, LIMBOUR qui sur 42 trouve une proportion de 20 %.

En 1930, STIASSNIE qui sur 93 trouve une proportion de 22 %.

En 1933, les assises départementales trouvent une proportion de 10 à 30 %.

En 1934 KUDLESKI qui sur 400 trouve une proportion de 50 %.

En 1934, ERNSTEIN qui sur 400 trouve une proportion de 5 %.

En 1935, COURCOUX et BONNEFOY qui sur 40 trouvent une proportion de 2 %.

En 1936, ROSSEL et REYT qui sur 55 trouvent une proportion de 25 %.

Le tout donne en moyenne 22 %.

Malgré tout, les divergences ont tendance à s'accroître.

D'où peuvent venir les énormes différences qu'on observe entre les 50 % de KUDLESKI par exemple et les 2 % de BONNEFOY ? C'est ce que nous allons essayer d'élucider.

Comparer les statistiques n'offre pas d'intérêt si les auteurs à défaut d'un même nombre de malades ne s'appuient sur des bases identiques.

Il est évident que l'addition de malades de tous âges et de toutes conditions dans un service de phthisiologie, de ceux qui se sont soignés, et ceux qui reprennent leur travail dès leur sortie d'hôpital sera forte.

Les chiffres d'un préventorium consacré aux adultes jeunes et aux pleurésies de primo-infection seront beaucoup trop faibles pour correspondre à la réalité. Il ne nous a donc pas paru intéressant d'ajouter notre statistique à celle de tant d'éminents auteurs, et nous allons essayer de bâtir notre travail sur des données autres.

En dehors du service d'hôpital et des consultations habituelles, M. RIST et ses assistants s'occupent de 3 collectivités importantes, les tuberculeux du

VII^e arrondissement de Paris, ceux du réseau de l'État, ceux du personnel de l'Assistance publique.

Dans ces 2 derniers groupes enfin les malades bénéficient de congés payés de longue durée ; ceux-ci ne peuvent être accordés que par les médecins-chefs de leur consultation.

Les cheminots à leur reprise ont un travail plus doux. Ils sont tous astreints à des visites régulières, et restent sous la surveillance des assistantes sociales qui les convoquent à nouveau à la moindre alerte.

Il nous a paru qu'une telle organisation répondait parfaitement à son but et qu'il en résultait une forte diminution des tuberculoses pulmonaires post-pleurétiques. Nous n'avons cherché parmi les malades de ces 3 consultations que les individus qui avaient fait six mois de cure et plus. Ainsi notre statistique sera forcément incomplète, mais pourra fournir un point de comparaison utile avec les ouvrages des auteurs qui nous ont précédé.

Nos recherches peuvent se résumer dans le tableau suivant.

Age	Non récidives	Rechutes de tuberculose pulmonaire	Rechutes de tuberculose externe
10 à 15 ans ...	9	2	0
15 à 20 ans ...	13	2	0
20 à 25 ans ...	11	1	1
25 à 30 ans ...	15	2	0
30 à 35 ans ...	17	3	1
35 à 40 ans ...	10	1	0
40 à 45 ans ...	7	2	0
45 à 50 ans ...	6	2	1
+ 50 ans ...	3	2	0

Ainsi chez les pleurétiques surveillés, et soumis à une cure sérieuse, le pourcentage des rechutes ne dépasse pas 19 %.

Des 50 % d'ALLARD aux 19 % de notre stastitique voilà ce qu'en un demi-siècle nous avons gagné. Mais on voit qu'à mesure que l'individu avance en âge ses chances d'échapper à la tuberculose pulmonaire deviennent plus incertaines.

Chez les adultes la proportion s'abaisse à 10 à 13 %, chez les malades qui ont dépassé la cinquantaine la cure de six mois n'empêche pas la rechute de deux d'entre eux sur trois.

Une telle proportion nous incite à augmenter chez eux les délais de cure, et si s'est possible à chercher dans la transformation de l'épanchement en hydrothorax un secours que la cure simple ne peut leur donner.

II^e PARTIE

LES TUBERCULOSES PULMONAIRES POST-PLEURÉTIQUES

CHAPITRE I

DES ANTÉCÉDENTS

La tuberculose du parenchyme pulmonaire, nous venons de le voir, grève lourdement l'avenir des pleurétiques, et c'est à ce moment qu'ils apparaissent au phtisiologue.

Les archives d'un grand service de tuberculose, celui de M. RIST, à Laënnec, nous apportent une source inépuisable de documents, et c'est à leur lumière que nous allons voir les antécédents de ces malades, la valeur de l'intervalle qui les sépare de leur rechute pulmonaire, les formes les plus fréquentes de tuberculose post-pleurétique, le pronostic enfin qu'on peut leur accorder et la valeur des traitements à leur

opposer. Pour ce faire, nous avons lu tous les cahiers de sortie de ce service de 1924 à juillet 1935 environ.

Nous avons pu retrouver 10 % des dossiers de malades qui y étaient portés.

Mais la grosse difficulté venait de l'abus qu'on a fait de ce diagnostic.

Que de plèvres parfaitement libres le pneumothorax artificiel décolle chez de malheureux soignés dans le passé pour une pleurésie séro-fibrineuse.

Sans doute, dans des cas très rares, AMEUILLE dit 1 %, l'épanchement pleural n'aboutit pas à la symphyse, mais dans le doute, nous n'avons pris en considération que les pleurésies ponctionnées ou vérifiées radiologiquement. Nous en avons trouvé 115.

Nous avons poursuivi nos recherches chez les tuberculeux des cheminots de l'Etat. En éliminant d'abord 99 pleurétiques, il reste 1.217 malades porteurs d'une tuberculose pulmonaire torpide ou en activité, 41 d'entre eux comptaient dans leur antécédent un épanchement pleural certain, 24 enfin faisaient une tuberculose pleuro-pulmonaire d'emblée. On voit que contrairement aux assertions de RIEUX et de BEZANÇON, la pleurésie reste un antécédent relativement rare chez les pulmonaires puisqu'on ne la retrouvait avec certitude que chez 3 % de nos consultants.

Bref, en résumé, nos statistiques reposent sur 156 cas environ, de tous les âges et de toutes les conditions sociales.

Nous avons 80 pleurésies droites,
69 pleurésies gauches,
7 bilatérales, qui se sont affirmées
chez 90 hommes et 66 femmes.

Ainsi ces tuberculoses attaquent également les deux poumons et, si la proportion des femmes est plus faible, elle est due, nous le pensons, à la différence de recrutement des deux sexes dans le service.

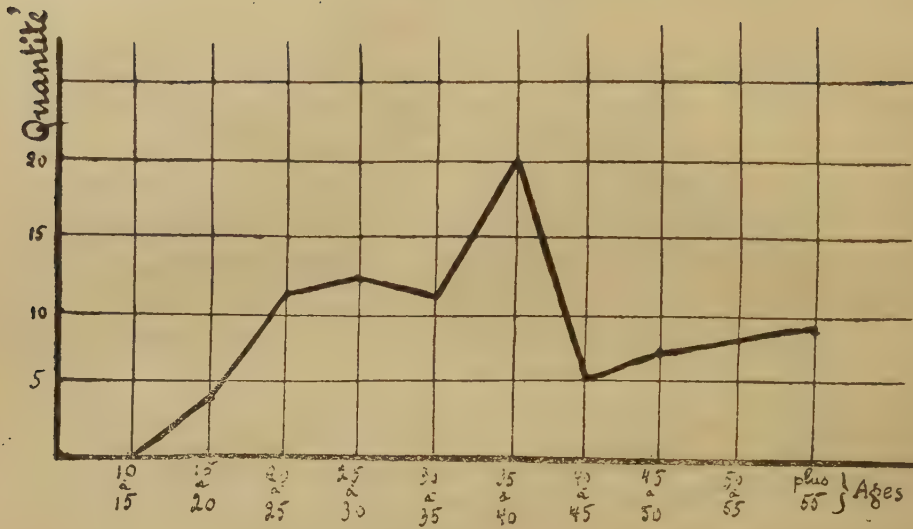
La notion d'âge, au contraire, est pleine d'intérêt.

Traçons deux courbes en portant l'âge de nos malades en abscisses et leur nombre en ordonnées. Nous verrons chez l'homme que la tuberculose post-pleurétique est rare dans l'enfance. A partir de quinze ans, elle monte brusquement (12 cas de 15 à 20 ans) et reste en plateau jusqu'à 30 ans. A cette date, elle fait un bond d'autant plus important que la fréquence des pleurésies tend à diminuer. Elle reste élevée de 40 à 50 ans (15 cas). Chez la femme, elle monte brusquement dès la puberté et s'élève en un clocher aigu entre 20 et 25 ans. Elle reste plus élevée chez cette dernière que chez l'homme entre 25 et 30 ans, et tombe peu à peu depuis ce moment.

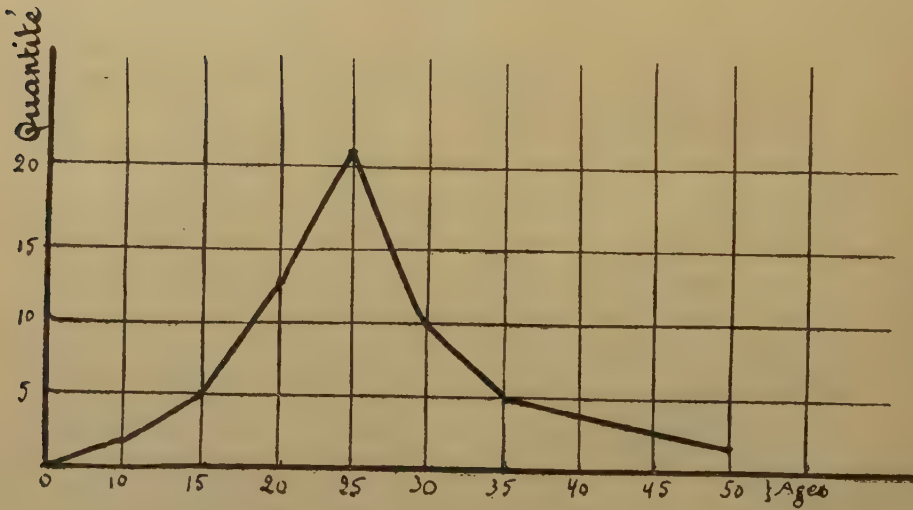
La vie génitale chez la femme domine en effet l'invasion et l'évolution des tuberculoses pulmonaires et pleurales.

Cette élévation subite dans la courbe des rechutes, nous le verrons dans l'étude des antécédents, ne lui doit pas d'autre cause. Elle doit inciter le médecin à une prudence d'autant plus grande quand on le

1° CHEZ L'HOMME



2° CHEZ LA FEMME



solicitera d'autoriser mariage ou grossesse, autant pour la mère que pour les enfants.

Il semble cependant que l'on ait fortement exagéré la lourdeur des antécédents collatéraux chez les pleurétiques. Nous n'avons pu enregistrer que 13 cas nets de contagion familiale.

Dans un cas, il s'agissait du père, décédé depuis longtemps ; dans deux, de la mère.

Trois malades ont été atteintes en soignant leur conjoint, et l'une d'elles a commencé sa pleurésie quelques jours avant la mort de son mari.

Dans les 4 autres cas, il s'agissait de familles fortement contaminées, où 2 enfants au moins sur 3, présentaient des lésions tuberculeuses. Dans l'une d'elles, les deux enfants firent l'un après l'autre une tuberculose post-pleurétique. Cette empreinte de la phtisie, la retrouve-t-on dans les antécédents personnels ? Elle peut être nette dans certains cas, ainsi qu'en témoigne l'observation de M^{me} L... Geneviève, 42 ans.

« Elle vient consulter en 1931 : un de ses enfants venait de mourir de méningite tuberculeuse. On ne lui trouva, à cette époque, qu'une petite calcification juxta-axillaire droite.

En mars 1932, sans fatigue ni toux, un cliché montre la présence de quelques taches à contour réticulaire sous la clavicule droite.

Surveillée au dispensaire, n'ayant pas de B. K. dans les crachats, et ne travaillant pas, elle voit ses taches s'effacer peu à peu. En juillet 1932, tout était redevenu normal.

Mais, au début d'avril 1934, elle fit, deux mois après son mari, une pleurésie séro-fibrineuse droite à lymphocytes, suivie au bout de cinq semaines de la réapparition de taches pulmonaires.

Après un séjour à Angicourt, de deux mois, en juillet 1934, elle reprit ses occupations. En mai 1935, elle fait une petite hémoptysie, traductrice d'un léger essaimage du poumon. Elle refait un nouveau séjour de deux mois à Angicourt et quitte le sanatorium, sinon guérie; du moins très améliorée.

La pleurésie de son mari ne s'est pas compliquée de tuberculose pulmonaire.

Ainsi, deux ans après la guérison d'une tuberculose pulmonaire abortive, cette malade fit une pleurésie conjugale nette.

Une telle observation se retrouve à plusieurs exemplaires chez les pleurétiques âgés. En revanche, elle est très rare chez les jeunes, et nous pouvons lui opposer le cas de plusieurs malades qui, fatigués, vinrent consulter au dispensaire, partirent sans qu'on ait pu déceler les traces d'une affection pulmonaire et revinrent quelques mois plus tard avec une pleurésie.

Les cas de tuberculoses externes sont beaucoup plus fréquents, nous en retrouvons huit dans nos observations, dont cinq d'adénite cervicale tuberculeuse.

De cette étude rapide nous pourrions donc conclure avec BEZANÇON et M.-P. WEILL :

« En résumé, la pleurésie séro-fibrineuse nous appa-

rait dans la succession des manifestations tuberculeuses comme un incident survenant à la suite d'infections relativement à minima chez des individus encore bien portants, ayant présenté, mais seulement dans certains cas d'ailleurs, des manifestations extrapulmonaires de petite tuberculose. »

Le réveil ou l'extension de la tuberculose à la plèvre peut se faire soit d'une façon relativement brutale à l'occasion d'une cause intercurrente, soit, comme dans la plupart des manifestations aiguës évolutives de la tuberculose, à la suite d'une phase prémonitoire longue.

Elle peut s'installer, nous l'avons dit, au cours d'un épisode important de la vie génitale féminine.

Dans cinq cas, soit 8 % de notre effectif, elle apparaît à la fin de la grossesse ou pendant les premiers mois de l'allaitement (obs. 1, 2, 3, 4, 5). Elle fut chez une de nos malades la conséquence d'un avortement suivi de curetage (13).

Elle apparaît au décours d'une maladie anergisante : Typhoïde (obs. 6) scarlatine (obs. 8), Rougeole (obs. 7) ; plus rarement à la suite d'une intervention chirurgicale accompagnée d'une anesthésie générale (obs. 9).

Dans la règle, après une atteinte de l'état général plus ou moins marquée, souvent imperceptible, elle surprend un individu dépourvu de tout passé pathologique, en pleine santé.

Les classiques pensaient, avec BOCHER et ACHARD, que ni l'abondance de l'épanchement, ni sa durée

n'ont de rapport avec la tuberculisation ultérieure du poumon.

Voilà qui est vrai pour la pleurésie séro-fibrineuse banale des jeunes, celle qui dure de 1 à 3 mois et disparaît sans laisser de séquelle autre que celle d'un sinus costo-diaphragmatique bouché ; nous l'appellerons, avec COURCOUX, la granulie éphémère pleurale.

Si, comme l'a remarqué TOURNANT, la persistance d'une ligne bordante peut permettre un pronostic un peu réservé, il n'existe pas, ni dans les antécédents personnels ou collatéraux, ni dans la quantité ou le côté de l'épanchement, un critère sur une invasion ultérieure du poumon.

L'avenir de ces malades dépend, selon l'expression de GRANCHER, des soins qu'ils ont apportés à leur convalescence.

Deux formes s'opposent à cette relative bénignité et comportent un sévère pronostic. Dans certains cas, la fièvre persiste, le liquide se reproduit, malgré ponctions, oléothorax, injections d'antigène méthylique, et devient caséeux. C'est alors le grand jeu des lavages de plèvre, thoracoplastie, drainages continus, qui, parfois, guérissent le malade en amenant une symphyse ; le malade restera fragile, et le moindre incident le condamnera à une poussée de tuberculose pulmonaire. Le plus souvent, l'apparition de nodules disséminés sur toute la surface pulmonaire suffit à régler la question (10), (11), (123 E.).

Parfois le malade a vu disparaître son épanchement, mais la fièvre persiste ; les points de côté

restent violents, l'état général médiocre, et quelques mois, quelques années même après, le liquide remonte dans la plèvre atteinte antérieurement — dans la plèvre opposée — dans le péritoine. Un repos de longue durée ne peut éviter la tuberculisation ultérieure du poumon, souvent bilatérale d'emblée et toujours grave (1 E, 58 E), (98 E), (12).

Ce repos, cette cure en milieu surveillé, nous avons montré qu'ils ne pouvaient être inférieurs à six mois.

Presque tous les malades que nous avons étudiés avaient payé d'une tuberculose pulmonaire l'oubli de ces sages prescriptions.

Sans doute 24 d'entre eux s'étaient astreints à garder un repos de plus de six mois — il s'agissait de ces deux formes que nous venons de décrire, d'évolution pleurale localisée autonome et de polysérite. Sur elles, l'effet de la cure simple fut nul, et n'empêcha pas l'évolution d'une tuberculose pulmonaire grave.

Par contre, 30 s'étaient reposés de 3 à 4 mois, et les 100 derniers avaient repris leurs occupations après un semblant de cure à la campagne. Là pleurésie n'était plus qu'un désagréable mais lointain souvenir, car la période qui la sépare d'une rechute pulmonaire s'écoule presque toujours sans incident. Les malades ne s'observent plus et les premiers signes de l'invasion tuberculeuse passent inaperçus. Parfois des accidents légers les tiennent en haleine. Il s'agit d'abcès sternal fistulisé, d'adénite cervicale tuberculeuse — ou bien l'hiver amène une recrudescence de

la toux et de l'expectoration, « des bronchites », « des poussées de pleurite » (obs. 20). L'atteinte enfin, peut être moins discrète et se traduire par une poussée péritonéale (obs. 21).

Dans la granulie pleurale éphémère, de tels incidents sont rares, et c'est en pleine santé apparente qu'intervient la tuberculose du parenchyme pulmonaire.

Le tableau suivant nous montrera, par rapport aux différents âges, l'intervalle qui sépare les deux manifestations tuberculeuses.

Les $\frac{2}{3}$ de nos malades ont donc fait leur rechute avant trois ans, la plupart à un ou deux ans de leur pleurésie. Cette règle semble, chez les deux sexes, s'appliquer à tous âges, et les individus qui ont dépassé l'âge adulte n'y font pas exception. Ils ne semblent pas, quelles que soient les opinions des classiques, faire de tuberculose plus précoce, mais, avoir, nous le verrons, des localisations plus graves que leurs cadets. Il ne faut pas conclure enfin, parce qu'on s'éloigne peu à peu de l'incident pleural, qu'on a supprimé toute chance de réinfection pulmonaire. Huit rechutes après dix ans, trois après quinze ans, deux après vingt et vingt et un ans, en font foi.

Sans jouer au malade imaginaire, le pleurétique devra toujours se surveiller et ne pas hésiter, à la moindre alerte, à recourir au médecin compétent.

	Moins de 6 mois	6 mois à 1 an 1 cas	1 an à 2 ans	2 ans à 3 ans	3 ans à 4 ans	4 ans à 5 ans	De 5 ans à 6 ans et plus
De 0 à 10 ans		1					1 : 12 ans
De 10 à 15 ans		1	3	1	1	1	1 : 8 ans
De 15 à 20 ans	1	4	9	9	3		1 : 7 ans 2 : 16 ans
De 20 à 25 ans	1	2	4	2	5	3	1 : 10 ans 1 : 15 ans
De 25 à 30 ans	5	2	4	2	7	2	2 : 6 ans 1 : 11 ans
De 30 à 40 ans	6	7	5	1	2	6	1 : 10 ans 1 : 21 ans
De 40 à 50 ans	1	8	5	2		2	1 : 7 ans 1 : 13 ans
Au-dessus de 50 ans	1	1	5	1		1	1 : 10 ans 1 : 16 ans
							3 : 8 ans
							1 : 11 ans
							1 : 10 ans
							1 : 7 ans

CHAPITRE II

DES FORMES CLINIQUES

A) DÉBUT:

Certaines manifestations pathologiques peuvent déclencher chez un sujet en apparence bien portant un épanchement séro-fibrineux, ce dernier, à son tour, peut hâter, chez les anciens pleurétiques, l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.

Encore une fois, la grossesse se place au premier rang ; telle malade, qui avait bien supporté la naissance d'un premier enfant, ne peut faire les frais d'un second.

Telle autre commence à tousser et cracher après une grossesse difficile (obs. 14), un accouchement prématuré (obs. 15), une hémorragie gravidique (obs. 16). Une de nos malades collectionnait les fausses couches provoquées. Elle y gagna une tuberculose pulmonaire à la troisième (obs. 17).

Les maladies anergisantes jouent leur rôle néfaste et Mlle P... (obs. 18), malgré une cure modèle et des saisons régulières en montagne, dut à une diphtérie grave de faire une rechute au décours de son angine.

Certains traumatismes peuvent enfin déclencher une tuberculose latente, accidents graves de motocyclette, par exemple.

On ne trouve pas toujours d'aussi nettes raisons, et c'est pour une cause imperceptible ou minime qu'éclate l'accident initial.

Le début peut en être insidieux, parfois même tout à fait méconnu.

Ainsi en fut-il de M^{me} Marie B... (obs. 19). Son enfant venait d'entrer à Hérold pour des lésions bilatérales avancées et c'est au cours d'un examen systématique des parents qu'on fit la preuve d'une lobite supérieure gauche excavée, parfaitement supportée.

Le sujet se sent pris le soir d'une sensation de fatigue intense, il maigrit, perd l'appétit, se plaint de sueurs nocturnes. Le point de côté qu'il a gardé de sa pleurésie s'exacerbe, mais il ne commence à tousser et cracher que beaucoup plus tard. Des troubles digestifs dominent parfois la scène. Dans la règle, l'état général reste assez bon. Le sujet ne vient consulter qu'au bout de quelques mois ou quelques années quand un épisode aigu fébrile ou une hémoptysie l'ont mis sur la voie du diagnostic.

A cette forme lente insidieuse s'oppose le grand épisode aigu (obs. 22) avec température à 40°, frissons pneumoniques, toux et expectoration abondantes ; souvent précédé d'une période d'invasion où nous retrouvons tous les signes d'une tuberculose au début.

Remarquons en passant que c'est peut-être dans

les formes post-pleurétiques que l'on rencontre le plus souvent d'évolutions insidieuses, d'où la difficulté d'établir le début de l'affection. L'hémoptysie, comme toujours, garde ici toute sa valeur de signe d'alarme. Elle signe trente-huit fois, soit chez un quart de l'effectif, la reprise de l'activité tuberculeuse.

Il peut s'agir d'une abondante émission de sang rouge. Dans la règle, l'hémoptysie était minime, allant d'un demi-verre à un ou deux crachats striés de sang.

Elle a toujours marqué l'origine d'un épisode aigu fébrile plus ou moins violent, ce qui n'a pas empêché plusieurs médecins, malgré la triple présomption d'une pleurésie ancienne, de l'expectoration sanglante et de la fièvre, de passer à côté du diagnostic et d'autoriser la reprise du travail au bout de quelques jours.

Dans quelques cas, l'apparition d'un point de côté violent du côté opposé avec petits frissons, température à 38°5, 39°, et toux quinteuse, annonçaient l'apparition d'une pleurésie nouvelle centrolatérale avec expectoration bacillifère (obs. 23). Trois de nos malades enfin, furent envoyés par l'oto-rhinolaryngologiste, que la raucité progressive de la voix les avaient amenés à consulter (cas 24).

B) DES FORMES CLINIQUES :

A la diversité des débuts correspond la variété des formes cliniques.

Il est difficile qu'on fasse appel à la clinique, la radiologie ou l'anatomie pathologique, pour donner une classification claire des lésions post-pleurétiques.

De ce chaos émergent 4 groupes :

les tuberculoses miliaries,

les formes de pneumonie pleurogènes tuberculeuses,

les formes nodulaires du sommet,

les formes ulcéro-caséeuses banales.

Vingt-cinq de nos malades arrivaient, avec des formes graves, bilatérales et largement excavées. Toutes les autres se montraient, ou strictement unilatérales, ou bien accompagnées de quelques taches et marbrures du côté opposé.

Dans tous les cas, les lésions siègent ou prédominent du côté de la pleurésie ancienne, et cela doit suffire à prouver le rôle prépondérant qu'a joué l'épanchement dans leur formation.

Enfin, les lésions pleurales qu'on a pu observer se situaient à la base, alors que celles du parenchyme pulmonaire occupent le tiers supérieur du poumon ou y sont toujours plus importantes.

1^o Les tuberculoses miliaries sont assez rares.

En éliminant bien entendu les miliaries aigus accompagnés d'épanchement simultané de la plèvre, nous n'en avons trouvé que six (obs. 25).

L'invasion en est précoce, de trois mois à un an après la sédation des phénomènes pleuraux. Elle est bilatérale d'emblée, mais les radiographies montrent même ici que l'affection est plus nette du côté

de la pleurésie ancienne, les taches plus confluentes, la nécrose plus avancée.

Les malades ne sont entrés à l'hôpital que pour y mourir.

Il faut faire une exception pour M^{mes} M... et T... (obs. 26) atteintes de miliaire subaiguë, qui ne se bilatéralisera que dans le service, et parties se reposer à la campagne dans un état pulmonaire et général très médiocre. Nous n'en avons pu malheureusement retrouver les traces.

2^o A l'opposé des tuberculoses miliaires se placent les tuberculoses pleurogènes extensives de BARD.

C'est la forme (obs. 28) par excellence des pleurésies à évolutions locales autonomes ; ces dernières ont laissé une plèvre épaissie, sclérosée, qui s'accompagne d'une forte rétraction thoracique.

Le début est insidieux et l'état général longtemps excellent. Peu à peu, le malade maigrit, commence à tousser et cracher — sous l'opacité homogène du poumon, on distingue des taches arrondies à contours flous non homogènes, qui s'étendent lentement par courts épisodes aigus fébriles et se creusent en un point, généralement sous la clavicule — l'évolution est lente, la bilatéralisation tardive ou exceptionnelle.

3^o Ces deux modes d'invasion sont assez rares. Les formes nodulaires sont beaucoup plus fréquentes. Elles se situent, dans les cas qui nous occupent, plutôt à l'extrême sommet que dans ce qu'il est convenu d'appeler la zone inter-cleido-hilaire ; elles

confluent non vers le centre, mais dans les parties externes du tiers supérieur le long de la paroi axillaire jusqu'au voisinage de la scissure qu'elles viennent border en haut et se rattachent à la corne supérieure du hile par une série de tractus plus ou moins marqués.

Elles se présentent sous forme de petites taches arrondies floues de 5 millimètres à 2 centimètres de diamètre que les rayons traversent sous tous les angles.

Elles sont le plus souvent unilatérales ; parfois s'accompagnent d'un léger essaimage du côté opposé — dans quelques cas — (obs. 27). Elles se répartissent à égalité des deux côtés en ailes de papillon.

A ce stade, elles sont faiblement bacillifères et l'on doit multiplier les examens, homogénéisations, lavages d'estomac et inoculations au cobaye pour en faire la preuve.

Ces formes, qui sont souvent très précoces, sont par excellence celles des consultations, et c'est chez les pleurétiques surveillés que nous les avons vues en majorité.

Peu à peu, les épisodes aigus fébriles s'ajoutant les uns aux autres, une excavation plus ou moins importante apparaît toujours au même endroit, au voisinage et au-dessous de la scissure, à quelques centimètres de la ligne axillaire. S'il ne se soigne pas, le malade se bilatéralise lentement, les taches envahissant d'abord le lobe contaminé, puis le lobe opposé, toujours non loin de la scissure supérieure.

De telles formes évoluent lentement, l'état général est excellent, mais les récédives fréquentes.

4° Dans un dernier groupe enfin, nous pouvons intégrer toutes les formes banales de la tuberculose ulcéro-caséuse. Ces lésions tuberculeuses à qui BARD, dans sa classification, réserve le nom de formes à lésions pulmonaires autonomes relèvent toutes d'un processus pneumonique. On peut en distinguer schématiquement trois sortes : les infiltrations massives du poumon, les lobites, les tuberculoses juxta-scissurales.

Elles ont toutes un caractère commun, le début brutal, au niveau du tiers supérieur du poumon et du côté de la pleurésie initiale. A cela s'ajoute une prédilection nette pour les sièges les plus externes, d'où l'extrême difficulté du traitement. Dans ces quatre groupes que nous avons distingués, les lésions anciennes de la pleurésie ne sont pas faciles à mettre en valeur. Sans doute à la radioscopie, on constate dans tous les cas que le sinus costo-diaphragmatique est fermé et que le diaphragme lui-même est plus ou moins ankylosé ; mais, en dehors de quelques cas de pachy-pleurite de la base, nous n'avons pu trouver de lésion spécifiquement pleurale.

TOURNANT, dans sa thèse de 1932, accorde une grande valeur diagnostique et pronostique à ce qu'il appelle la ligne bordante.

Il s'agit d'une ligne courbe à concavité interne qui monte du tiers externe du diaphragme le long de la paroi axillaire à quelques centimètres de la

paroi, se recourbe à la hauteur du sommet et va se perdre dans le médiastin. Pour cet auteur, elle représenterait la bordure du poumon, et serait séparée de la paroi costale par une grisaille due à un épaississement pleuro-pariétal.

Sa persistance serait d'un mauvais pronostic, car elle traduirait l'existence d'une zone de sclérose plus ou moins caséifiée.

De fait, nous l'avons nettement retrouvée chez cinq de nos malades, qui, tous (obs. 83 E), firent des formes précoces massives et rapidement évolutives.

Cette obscurité, ce voile du sommet, véritable tarte à la crème des radiologues, auxquels correspond en clinique la diminution du murmure vésiculaire, il est difficile de l'attribuer à l'une ou à l'autre des réactions pulmonaire ou pleurale.

On ne voit pas mieux ni plus souvent la ligne des scissures que dans les tuberculoses banales, les hiles n'y sont pas plus chargés, les lésions de la trame y sont toujours discutables.

La plèvre cependant n'assiste pas toujours inactive à l'invasion du parenchyme pulmonaire par le bacille. Elle réagit tantôt par un épanchement séro-fibrineux du côté de la pleurésie ancienne, épanchement peu abondant (obs. 13), tantôt du côté opposé, annonciateur d'une bilatéralisation (obs. 31).

Les formes à évolution lente s'accompagnent ou peuvent paraître comme les simples épiphénomènes de tuberculoses extra-pulmonaires — tuberculose rénale (2 cas), osseuse (3 cas — 192 E), abcès froid

costal ou tubéreux du corps thyroïde, plus rarement de rhumatisme tuberculeux et d'irido-cyclite (obs. 30).

On y rencontre souvent des fistules anales (obs. 32) ou des lésions d'adénite cervicale.

Enfin les tuberculoses méningées et intestinales viennent donner le dernier coup de fouet au voisinage de la mort.

C) PRONOSTIC ET TRAITEMENT :

Cette symphyse pleurale, la clinique et la radiologie permettent tout au plus de la soupçonner. Le seul critère sûr est l'absence d'oscillation du manomètre de Kuss lorsqu'on essaye de décoller les deux feuillets de la plèvre. La pratique systématique des tentatives de pneumothorax artificiel dans le service de M. RIST nous permet d'affirmer qu'elle est loin d'être constante chez les anciens pleurétiques ponctionnés.

En dépit de l'oblitération à la graphie du sinus costo-diaphragmatique, nous avons pu, chez 4 de nos malades, opérer un décollement suffisant pour passer de 100 à 300 cc. (obs. 33-21). Le pneumothorax ainsi établi étant incomplet, limité aux bases et trop faible pour exercer une action bienfaisante dut être abandonné.

Par contre, 5 fois au moins, le collapsus fut suffisant pour qu'on pût renoncer à toute autre thérapeutique.

Empressons-nous de dire que les résultats qu'on en obtint sont loin d'être parallèles à ceux des pneumothorax habituels. Chez M^{me} F... (obs. V), le sommet excavé restait adhérent en masse, jusqu'à la

clavicule. De fortes brides apicales et axillaires empêchèrent chez les autres un bon collapsus et la section de bride difficile fut incomplète ou amena une réaction liquidienne rapidement puriforme (obs 34). Une fois seulement, le pneumothorax a été total, mais les plus hautes pressions n'ont pu fermer la cavité qui évidait la partie supérieure du moignon pulmonaire.

Aussi les résultats éloignés sont assez décevants. Un résultat excellent, quatre abandons précoces, un abandon tardif, deux épanchements puriformes dont un mortel, deux collapsus incomplets suivis de bilatéralisation lente, il n'y a pas là matière à de brillantes statistiques.

La symphyse parfois n'est pas telle que de hautes pressions n'arrivent à la dissocier — une observation est tellement suggestive que nous ne pouvons résister au plaisir de la citer en entier :

« Mme B... Jasmina, Italienne, en 1927, à l'âge de 29 ans, fait une pleurésie séro-fibrineuse gauche, qu'on ponctionne à trois reprises. La convalescence est difficile ; peu à peu la malade recommence à tousser, cracher, à faire de la température. Sa fatigue prend de telles proportions, qu'elle se décide, l'année suivante, à venir consulter dans un grand service de phtisiologie de son pays.

On lui trouve une lésion excavée du sommet gauche — à l'hôpital, deux tentatives de pneumothorax ne donnent qu'un décollement incomplet de la base (50 à 60 cc.).

On renonce à toute collapsothérapie. Elle quitte

alors l'hôpital, et reste chez elle en cure libre avec adjonction de crisalbine (5 grammes en tout).

Son état général s'améliore à ce point qu'elle peut émigrer en France avec son mari aux environs de 1932. Elle continue sa cure de repos sans incident jusqu'en 1935, sans voir de médecin malgré une légère hémoptysie en 1934.

En 1935, elle est prise d'un point de côté violent à la base gauche, avec dyspnée intense et sensation d'asphyxie. Elle entre d'urgence, le 15 septembre 1935, chez M. RIST.

A ce moment, sa température oscille entre 37 et 38, elle tousse et crache en abondance, et son expectoration est largement bacillifère.

On trouve à gauche une image d'hydro-pneumothorax avec décollement presque total et des taches nodulaires disséminées dans tout le poumon droit. L'épreuve au bleu de méthylène intra-pleurale montra l'existence d'une fistule pleuro-pulmonaire

La cure de repos, malgré une baisse de la température, n'améliora guère la malade qui partit au bout de quelques mois en état général et pulmonaire médiocre.»

Tout est intéressant chez cette malade, sa forme nodulaire bilatérale, à invasion précoce et évolution lente, la symphyse limitée qu'un pneumothorax ordinaire ne peut détruire et que la force plus considérable d'une perforation peut dissocier.

L'observation M. Z... (obs. 36) se calque sur la première. Dans un cas comme dans l'autre, est-il utile

d'ajouter, le pronostic a été particulièrement défavorable.

Quoiqu'il en soit, nous avons trouvé au cours de notre étude, 10 malades, soit 6 % de l'effectif, chez qui la plèvre était plus ou moins libre.

Le pneumothorax artificiel reste donc une méthode exceptionnelle. D'ailleurs l'insuffisance du décollement, la tendance précoce à la symphyse, la multiplicité et le volume des adhérences, la difficulté qu'il y a enfin dans le collapsus du moignon, nous autorisent à en déconseiller la pratique dans les plèvres atteintes autrefois de pleurésies séro-fibrineuses.

Examinons au contraire les rares récidives contralatérales. Trois de nos malades firent une lobite supérieure excavée. L'une est parfaitement guérie et son pneumothorax a été volontairement abandonné. La seconde, qui se fait toujours insuffler garde depuis 3 ans un état général et pulmonaire excellent (ob. 1). La troisième enfin, malgré de grosses lésions bilatérales, se cicatrise lentement et vit encore quatre ans après le début des accidents.

On peut donc opposer les résultats excellents des pneumothorax habituels aux succès que nous avons montrés.

Les ressources qui nous restent sont donc assez limitées.

Nous allons les énumérer :

1^o L'Hôpital — 14 personnes ne purent dépasser le simple stade de mise en observation et moururent à l'hôpital — 5 de miliaire aiguë — 7 firent une tuber-

culose ulcéro-caséeuse bilatérale massive et largement excavée. Une dernière enfin ne vint que trois ans après le début des accidents initiaux et ne se bilatéralisa que dans le service.

Remarquons en passant qu'il s'agissait de sujets jeunes, moins de 25 ans, ou au contraire de malades largement quadragénaires (obs. 39). Toutes leurs rechutes étaient précoces (moins de deux ans) aucun n'avait pris de repos.

2^o 18 ont refusé ou n'ont pu bénéficier du traitement sanatorial. Des 4 personnes qui présentaient une tuberculose à taches unilatérales, l'une est morte rapidement. Chez la seconde, qui semblait stabilisée, une fièvre typhoïde détermina la réapparition des bacilles, elle semble s'arranger. Une troisième reste bacillaire. La dernière seule est complètement guérie.

Des tuberculoses bilatérales nodulaires non excavées, 4 sont mortes en 2 ans, l'une est partie en mauvais état, la dernière, améliorée par la crisalbine, reste bacillaire (98 E.).

Passons aux cavitaires :

Nous trouvons, dans quatre cas de tuberculose unilatérale excavée une mort, deux survies avec un état pulmonaire médiocre et expectoration bacillifère, une guérison complète enfin.

Les bilatéraux cavitaires sont mieux partagés. Tous les trois vivent, mais restent cracheurs de bacilles.

Il faut enfin donner une mention spéciale à M. D... (195 E), qui présenta l'association d'une néo du

larynx à une tuberculose bilatérale torpide et mourut un an après le début des accidents.

Bref, chez les malades qui ne se soumirent qu'à la cure simple :

4 sont morts,

2 ont guéri définitivement.

Les 12 autres restent cracheurs de bacilles.

3^o La cure sanatoriale reste la grande arme thérapeutique que l'on a employée. 43 malades s'y soumirent. 18 n'avaient qu'une lésion unilatérale nodulaire du 1/3 supérieur.

8 guérirent complètement (obs. 22).

2 ont été perdus de vue alors que leur état pulmonaire et général était médiocre.

2 restent porteurs de bacilles.

6 enfin sont morts.

Onze présentaient des lésions identiques mais bilatérales. 5 guérisons font pendant à 3 décès et 3 malades gardent des lésions en activité (obs. 40).

Des tuberculoses excavées unilatérales :

1 cas, malgré 3 ans de séjour en sana et d'adjonction d'une cure de myorhal est mort.

4 restent porteurs de bacilles.

2 sont guéris (obs. 38).

Lorsque les lésions sont bilatérales, on a :

4 morts, 1 guérison.

3 cavités non cicatrisées.

En résumé :

14 sont morts.

14 sont toujours bacillaires.

15 sont guéris.

Cette catégorie de malades est de beaucoup la plus intéressante. On y peut voir que les lésions nodulaires, comme les miliaires sont précoces. Elles éclatent avec prédilection chez les individus d'âge moyen entre 25 et 40 ans, elles cèdent rapidement aux différentes thérapeutiques, mais n'offrent qu'une ombre au tableau, le peu de sûreté de leur stabilisation et leur tendance à la récédive.

4^o Les méthodes collapsothérapiques.

Le pneumothorax nous l'avons dit, reste une méthode d'exception. La phrénicectomie vient prendre la place qui lui est habituellement réservée.

5 de nos malades avaient une lobite supérieure non excavée. L'un d'eux, après deux ans de sanatorium, a une guérison qui se maintient depuis 3 ans (obs. 42). Deux furent fortement améliorées, mais restent bacillaires. Une a fait une rechute et s'est excavée. Une malade enfin, après guérison apparente, fit une rechute brutale et mourut.

21 avaient une lobite supérieure excavée.

6, dont l'une malgré l'existence d'une forte scissurite (ob. 43), sont abacillaires depuis 3 ans.

7 gardent une cavité béante, ce qui n'empêche pas deux d'entre eux de travailler.

8 d'entre eux sont morts, dont 2 à la suite d'une rechute *in situ* (Ob. 6).

5 enfin avaient d'assez larges lésions bilatérales excavées du côté de la pleurésie.

2 sont morts.

1 est mourante.

2 autres se bilatéralisent et s'excavent lentement.

Ajoutons pour mémoire les 3 cas de phrénie après décollement incomplet de la plèvre, qui donnèrent :

1 succès,

1 échec,

1 décès.

En résumé, 8 succès, 12 décès, 14 échecs viennent sanctionner cette méthode. Cette proportion de 23 % de succès dans des cavités du tiers supérieur est assez bonne. Elle contredit singulièrement l'opinion d'Urbain GUINARD, qui voit un rapport entre le résultat favorable d'une phrénicectomie et la liberté de la plèvre ; elle nous autorise à étendre ces indications et à ne pas hésiter à la pratiquer dans les cas de tuberculose non excavée du sommet.

Dans 4 cas, on a essayé de l'améliorer par une thoracoplastie. Les résultats n'en sont pas très encourageants.

M^{lle} T..., opérée à Lyon, garda sa cavité postérieure et mourut à Paris dans une tentative d'amélioration de sa plastie.

B. (obs. 11), atteint de pleurésie intarissable, mourut au début du 2^e temps.

Des deux autres, un (cas L...), opéré d'une totale, reste bacillaire et sa cavité n'est pas collabée.

Le dernier seul (obs. 45) vit disparaître ses bacilles après adjonction de chrysothérapie. La seule tentative d'apicolyse que nous ayons à enregistrer (cas 43) a été couronnée de succès).

Nous ne citerons que pour mémoire les 2 cas de tuberculose nodulaire améliorée dans l'un par les sels d'or, et les deux cas de tuberculose infantile post-pleurétique guérie par la cure sanatoriale.

Ainsi, de nos 158 malades, 32 ont disparu sans laisser de traces.

Des 126 autres :

30, soit 23, 5 % ont une guérison qui se maintient depuis plus de trois ans.

50, soit 39, 3 % sont morts.

46, soit 37,2 % restent bacillaires, proportion qui donne 76 % d'échecs, et qu'il est intéressant de comparer avec des statistiques plus anciennes.

ALLARD, en 1881, donne 60 % de cas mortels,

KÖSTER, en 1908, donne 52 % de cas mortels,

RAGNAR BORELIUS, en 1922, donne 25 % de cas mortels.

STIASNIE enfin, en 1923, donne 48 % de cas mortels.

Il semble donc que le diagnostic a fait de grands progrès, mais que l'avancement n'a pas été grand en thérapeutique.

Toutes les formes d'ailleurs ne justifient pas le même pronostic. Celles des jeunes gens et celles des vieillards semblent les plus dangereuses, mais on ne peut établir, sur l'âge ou le délai de bilatéralisation, de règles fixes pour établir un pronostic exact.

Il ne faut pas confondre, suivant la remarque d'AMEUILLE, formes prises au début et formes bénignes.

Néanmoins, on peut admettre que, dans beaucoup

de cas, un diagnostic précoce suffit à dépister ces quelques taches isolées du sommet qu'en quelques mois on verra disparaître.

Il est navrant de penser aux innombrables fautes de thérapeutique que malades et médecins prévenus pourtant par un accident antérieur accumulent à l'envi, aux envois au bord de la mer, au travail continué sans nécessité malgré hémoptysies et épisodes aigus fébriles.

C'est pour cela que le malade devra, au sortir de ses six mois de cure, se faire examiner régulièrement dans un service de phtysiologie, tous les mois pendant la première année, tous les trois mois pendant les 4 années qui suivront. Ce délai passé, il ne doit pas oublier que le danger d'une rechute n'est pas écarté; il se fera donc examiner à la radio après chaque ennui de santé et devra s'arrêter au moindre signe suspect.

Ce diagnostic d'ailleurs n'est pas toujours facile.

C'est l'oto-rhino-laryngologiste qui peut mettre sur le compte d'une rhinite atrophique ou d'une rhino-pharyngite chronique, la fatigue, la toux et l'expectoration abondante d'un pleurétique ancien affolé de l'ampleur des signes fonctionnels.

C'est lui également qui peut calmer ses craintes en découvrant, après une hémoptysie, une ulcération de la tache vasculaire.

Nous connaissons un cas au moins d'hémoptysie chez les pleurétiques, qui ne fut élucidé que par la découverte à la faveur d'une bronchoscopie de bronches hyperhémisées.

Dans un cas enfin, on découvrit chez un hémoptoïque des taches et marbrures très foncées à l'une des bases ; une piqûre faite dans la plèvre heurta une surface dure, il s'agissait de calcifications pleurales (cas 165 E).

Dans la pratique, cependant, le diagnostic est facile. Il ne faut pas craindre au début de sérier les examens de crachats, de multiplier les films, dans le doute, d'arrêter un mois ou deux les malades.

Une mise au repos précoce ne permettra pas toujours d'arrêter un cas grave ; elle suffit cependant dans la majorité des cas.

Ainsi cure longue et surveillée pendant la pleurésie, examens fréquents, mise au repos à la moindre alerte, c'est en se fondant sur ces sages préceptes que dans le désarroi de la thérapeutique, nous arriverons à abaisser le pourcentage si défavorable des tuberculoses post-pleurétiques.

CHAPITRE III

LES OBSERVATIONS

I. — DES ANTÉCÉDENTS GÉNITAUX

OBSERVATION I. — M^{me} R...l, 32 ans.

Enceinte de 7 mois, fait au début de juin 33 une pleurésie séro-fibrineuse diagnostiquée par M. le D^r BRISSAUD.

En août 33, accouchement normal d'un enfant vivant mais sous chloroforme à la reine.

La malade, contre l'avis du médecin, continue son métier. Au début de mars, elle commence à se sentir fatiguée, maigrît, fait de la température ; 15 jours après elle fait une petite hémoptysie de sang rouge.

Une radio montre quelques taches disséminées sur le 1/3 moyen du Poumon, avec B. K.

Le 18 mars, P.A.g. décollé efficace entretenu.

La malade après un repos d'un mois a repris son travail. Elle a gagné 6 kilogs, ne crache plus, ne tousse plus. Son état général est excellent ; elle n'a plus d'expectorations bacillifères depuis la création de son pneumothorax.

OBSERVATION II. — M^{me} Ch... x, 26 ans, couturière.

Sa mère qu'elle soignait meurt de tuberculose en 26.

En octobre 27, au 5^e mois d'une seconde grossesse, fait une pleurésie droite, suivie, trois semaines après l'accouchement, d'une pleurésie gauche ponctionnée en février.

En mai 28, apparition de taches discrètes disséminées dans les 2 poumons avec B. K. +.

Séjour de 6 mois à Angicourt avec guérison.

En février 33, réapparition des taches et marbrures des 2 côtés.

Cure à Montrichard ; disparition des bacilles en avril 33.

En août 33, elle fait une typhoïde suivie d'une rechute du côté droit. Cure de 10 mois à Bligny. Guérison depuis un an.

OBSERVATION III. — M^{me} Bill..., 31 ans.

En août 26, deux mois après accouchement fait une pleurésie droite ponctionnée. — 1 mois de repos.

En février 30, fait un épisode aigu fébrile avec apparition d'une lobite supérieure droite avec excavation sous-claviculaire.

Phrénicectomie le 2 mai 30 qui amène une légère élévation du diaphragme.

3 mois de cure libre à Fontainebleau, avec une série de crisalbine amenant une guérison apparente des lésions B. K.

En juillet 32, nouvel épisode aigu fébrile avec apparition d'une laryngite bacillaire suivie un an après de la réouverture de la cavité. Malgré les sels d'or, bilatéralisation.

Mort en septembre 33.

OBSERVATION IV. — Gi...l, 33 ans.

En juillet 27, au 5^e mois de sa grossesse, pleurésie droite ponctionnée, suivie d'un accouchement prématuré avec délivrance artificielle compliqué de salpingite double.

Apparition en janvier 28 de taches miliaires bilatérales, plus marquées à droite. Météorisme abdominal très marqué. Délire et mort le 17 février 28.

OBSERVATION V. — M^{me} Goutt..., 28 ans.

En 22, 3 mois après accouchement normal fait une pleurésie gauche. 2 ans de repos.

En juin 26, commence à tousser, cracher, maigrit, se sent fatiguée.

En janvier 27, épisode aigu fébrile avec apparition de taches, et marbrures des 2/3 supérieurs du poumon droit avec excavation sous-claviculaire.

Pneumothorax artificiel droit le 13 mars 27, inefficace.

La malade continue ses insufflations mais reste bacillaire.

OBSERVATION 13. — M^{me} Du... Camille, 36 ans.

En décembre 25, quelques jours après une fausse couche suivie de curetage fait une pleurésie séro-fibrineuse gauche ponctionnée. 1 mois de repos.

En avril 30, elle est prise de douleurs abdominales à type d'entérite, puis fait en mai un épisode aigue fébrile avec hémoptysie légère. On lui trouve une volumineuse cavité de la grosseur d'une orange sous la clavicule gauche, et quelques taches disséminées dans les 2 poumons.

Elle accepte, le 17 novembre 30, après 6 mois d'hésitations, une phrénicectomie qui reste inefficace.

En mai 31, fait une nouvelle poussée de température avec pleurésie droite peu abondante, et sort de l'hôpital en état général et pulmonaire très médiocre.

Meurt en juin 31.

II. — DES MALADIES ANERIGANTES DANS LES ANTÉCÉDENTS DES PLEURÉTIQUES.

OBSERVATION VI. — Wey... Lucienne, 25 ans.

En août 22, un an après une fièvre typhoïde fait une pleurésie séro-fibrineuse droite. Pas de repos.

En août 26, fait un épisode aigu fébrile, marquant l'appa-

rition d'une tuberculose discrète du sommet droit. Séjour inefficace de 6 mois à la Tuyolle.

En septembre 27, une hémoptysie l'amène à Laënnec où l'on fait le diagnostic de lobite supérieure droite excavée.

Phrénicectomie droite en janvier 28, d'abord efficace.

En novembre 28, réouverture de la cavité. Bilatéralisation. Mort.

OBSERVATION VIII. — Duch... Germaine, 28 ans.

En mai 25, elle fait une scarlatine, suivie en décembre d'un épisode méningé mal défini.

En juin 26, pleurésie droite suivie en juillet de l'apparition de taches confluentes bilatérales. En novembre 26, méningite et mort en décembre.

OBSERVATION VII. — Barb... Paulette, 19 ans.

Fait en 1926, au décours d'une rougeole, une pleurésie gauche. Se repose deux mois.

En août 29, un épisode aigu fébrile signe l'apparition d'une condensation du 1/3 supérieur du poumon gauche largement excavée sous la clavicule.

Sort au bout de 8 jours refusant tout traitement.

OBSERVATION IX. — Koff..., 36 ans.

En septembre 31, pleurésie gauche un mois après opération d'un ulcus perforé sous anesthésie générale.

En fin juillet 33, apparaît insidieusement une condensation non homogène du lobe supérieur droit. On songe à un infarctus pulmonaire et on l'envoie en observation à Paulhaguet.

Il revient au bout de 2 mois. Il s'est aggravé et crache des bacilles. On trouve une large excavation du sommet droit et quelques taches juxta-scissurales gauches.

Il sort de l'hôpital pour aller à La Rochefoucauld. Une série de crisalbine ne l'améliore pas. En fin 34, il était toujours bacillaire.

III. — DES PLEURÉSIES A ÉVOLUTION LOCALE AUTONOME

OBSERVATION II. — Br...n, 43 ans.

En novembre 30, il commence une pleurésie séro-fibrineuse droite qui est ponctionnée à plusieurs reprises.

Au cours de l'une d'elle, l'aiguille se casse et ne peut être extraite.

Malgré cure libre et hospitalisation l'épanchement persiste.

En avril 31, un oléothorax amène une amélioration.

Mais en décembre, le liquide devient purulent. On tente de le réduire en vain par des lavages de plèvre, puis par une pleurotomie.

En mai 32, apparition de B. K. dans l'expectoration, qui reste bacillifère malgré une phrénicectomie en juin. Le malade meurt en avril 32 après le 1^{er} temps d'une thoracoplastie.

OBSERVATION 123. — E. Sav..., 50 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse interminable ayant débuté en août 33 et persistant en avril 34, convertie en hydropneumothorax. En avril ne donne qu'un décollement du 1/3 inférieur. Séjour à Villiers avec chrysothérapie mal supportée. Revient au début de novembre. Les lavages de plèvres restent inefficaces.

En février 34, un amaigrissement de 3 kilogrammes annonce une tuberculose iléo-cæcale. Revient à Villiers, où apparaît sous l'épanchement, en août 35, une volumineuse cavité. Actuellement sa cavité décroît, mais son état général reste très médiocre.

IV. — DES POLYSÉRITES

OBSERVATION I. — E. B...

En juin 29, fait une pleurésie gauche, suivie deux mois après d'une pleurésie droite.

Depuis ce moment ce malade tousse et crache : un cliché montre une tuberculose nodulaire bilatérale excavée. Il est admis en décembre à Saint-Jean d'Aulph où l'on perd sa trace.

OBSERVATION 58. — E. J...o.

En 1927, fait une pleurésie droite suivie rapidement d'un épanchement de l'autre côté.

En juin 31, un épisode aigu fébrile avec hémoptysie était précédé depuis 2 mois de fatigue, de toux, d'amaigrissement. On trouve une infiltration bilatérale avec excavation apicale droite.

Un séjour inefficace de 9 mois à Ris-Orangis est suivi d'une cure de crisalbine (10 grammes) qui améliore le malade. Mais en 1934, plusieurs poussées de température accompagnent une évolution rapide, et malgré une phrénicectomie droite en janvier 35, le malade meurt en 36.

OBSERVATION 98. — E. Duss..., 58 ans.

A fait une pleurésie gauche en 20 suivie 5 ans après d'une pleurésie droite.

Infiltration bilatérale excavée à droite, à début insidieux en 31. Cure de crisalbine (10 grammes), qui amène une régression remarquable avec disparition des B. K. depuis octobre 33.

OBSERVATION 12. — De...u., 20 ans.

A fait en septembre 29 une pleurésie droite qui dure 1 mois. Mais, malgré l'intégrité de son poumon il continue

à faire de la o, jusqu'en novembre 31 où l'on trouve des taches confluentes bilatérales prédominant à gauche. Une cure de crisalbine est mal supportée. Un séjour de 9 mois, en 33, à la Guiche, est inefficace. Et l'apparition d'abcès ossifluents de la fosse iliaque droite marque le début d'une évolution qui se termine par la mort en janvier 34.

La présente observation n'est pas celle d'une polysérite. Elle appartient au cadre de ces malades qui font une véritable septicémie bacillaire à évolution toujours grave.

DES MANIFESTATIONS TUBERCULEUSES DE LA PÉRIODE DITE DE LATENCE

OBSERVATION 20. — M^{me} R... et Désirée, 51 ans.

Fait en 27 une pleurésie séro-fibrineuse gauche ponctionnée. Son parenchyme est sain.

Tous les hivers elle tousse, crache, se plaint de points de côté. On fait le diagnostic de « pleurite gauche ».

En janvier 30, elle est prise d'une hémoptysie abondante signature d'un épisode aigu fébrile avec expectoration abondante. Elle ne va consulter qu'en août 32 où l'on trouve une infiltration massive du poumon gauche avec grosse cavité apicale, et des taches miliaires sur tout le champ pulmonaire droit. Malgré la crisalbine les tubercules miliaires confluent, et la malade meurt le 10 décembre.

OBSERVATION 21. — M^{lle} J... Carmen, 12 ans.

Fait, en 1918, une pleurésie gauche ponctionnée suivie de 3 mois de convalescence.

En septembre 32, l'apparition de toux et d'expectoration n'est due qu'à une rhinite hypertrophique.

En avril 24 commence une péritonite tuberculeuse sans localisation pulmonaire qu'on soigne par une cure de 8 mois à Hyères.

En janvier 30, l'apparition d'une tuberculose pulmonaire est marquée par un épisode aigu fébrile avec hémoptysie. Une radio montre une infiltration massive du poumon gauche, qui s'étend rapidement à droite.

Mort en mars, un jour après une tentative de pneumothorax artificiel.

DES CAUSES DE L'APPARITION DES TUBERCULOSES PULMONAIRES POST PLEURÉTIQUES

OBSERVATION 14. — M^{me} Lab... Henriette, 32 ans.

Fait, en 1930, une pleurésie séro-fibrineuse droite ponctionnée suivie de 4 mois de repos.

En décembre 31, fait, lors qu'elle était enceinte, a une pyélonéphrite à colibacilles suivie d'un accouchement prématuré.

Épisode aigu fébrile en mai 32, signature d'une lobite supérieure droite et d'une lobite supérieure gauche excavée. On pratique un pneumothorax artificiel gauche complété par une section de bride qui amène une remarquable régression bilatérale. Elle continue ses insufflations à l'heure actuelle et l'amélioration se poursuit.

OBSERVATION 15. — T... le P..., 25 ans.

Au début de 1932, au 3^e mois de sa 3^e grossesse, fait une pleurésie droite.

En octobre 32, un accouchement prématuré la laisse fatiguée. Elle tousse et crache en abondance mais ne vient

consulter qu'en septembre 33 à Cochinchine où l'on trouve un semis miliaire bilatéral avec excavation sous la clavicule droite.

20 piqûres de myorrhal sont suivies, en mars 34, d'une phrénicectomie droite qui reste inefficace.

La cavité, à l'heure actuelle, est toujours béante, mais l'état général reste excellent.

OBSERVATION 16. — M^{me} Bau... Anna, 26 ans.

Pleurésie gauche ayant débuté en septembre 21 et suivie de 3 mois de repos.

En août 32, à la suite d'une hémorragie gravidique fait une tuberculose bénigne du sommet gauche qui, malgré la cure sanatoriale, évolue en une lobite supérieure gauche avec bilatéralisation.

OBSERVATION 17. — M^{me} Prim... Kl., 32 ans.

A fait, en 1920, une pleurésie séro-fibrineuse gauche ponctionnée suivie d'une pleurésie droite, 2 ans après. Une grossesse normale est suivie de plusieurs avortements.

Au début de 1929, elle constate l'apparition progressive des signes de la tuberculose au début, mais ne va consulter qu'en janvier 32. On constate la présence d'une infiltration bilatérale largement excavée à droite.

Un séjour en cure libre amène une amélioration bilatérale, qu'on tente de compléter par une phrénicectomie droite. Une nouvelle grossesse, en fin 35, amène une reprise de l'évolution.

La malade est actuellement à Laënnec, avec un état pulmonaire médiocre.

OBSERVATION 18. — M^{lle} P...r, 21 ans.

En décembre 25, elle a fait une pleurésie séro-fibrineuse gauche vérifiée par radio.

Elle se repose 4 mois et continue tous les ans à passer 3 mois en Auvergne. Mais en novembre 28, une diphtérie grave est suivie en décembre d'un épisode aigu fébrile avec taches et marbrures de la moitié du champ pulmonaire gauche, et de multiples excavations. Refuse tout traitement et part en cure libre.

DES DÉBUTS

OBSERVATION 19. — Mme B... Marie, 42 ans.

En 26, fait une pleurésie gauche ponctionnée.

En 27, accouche d'un enfant bien portant.

Mais en 28, à la suite d'un examen à Herold ou l'on aurait trouvé des lésions tuberculeuses à son enfant, entre à Laënnec, On lui trouve une lobite supérieure gauche excavée qui régresse sous l'influence du repos et de la crisalbine et se guérit en 2 ans de séjour à Groslay.

OBSERVATION 22. — Paq... Charles, 34 ans.

En août 1, fait une pleurésie droite ponctionnée suivie de 2 mois de repos. Il fait toute la guerre sans incidents. Mais le 16 mai 31, après quelques semaines de fatigue, d'amaigrissement, de sueurs nocturnes, il fait un épisode aigu fébrile avec température à 40, frissons, points de côté.

On lui trouve une infiltration du lobe supérieur droit ; un pneumothorax artificiel ne décolle que la base. Il fait un séjour de onze mois à Villiers, et sort sans bacilles. Il retravaille depuis sans que son état général en soit altéré.

OBSERVATION 23. — Mme G...t Berthe.

En 30, sa pleurésie séro-fibrineuse gauche est vérifiée par une ponction exploratrice.

Mais en février 33, un épisode aigu fébrile avec point de côté violent l'amène à consulter.

On trouve une pleurésie droite et quelques taches au sommet gauche sans B. K.

Un séjour de 4 mois à Asnières amène leur disparition définitive.

OBSERVATION 24. — P...l Jean, 55 ans.

En septembre 30, 4 ans après une pleurésie droite, sa voix devient rauque, puis s'éteint peu à peu.

Il vient consulter à Laënnec où on lui trouve une infiltration massive du Pb. avec cordite gauche.

Après une phrénicectomie gauche inefficace en septembre 31, on l'envoie à Brévannes.

DES FORMES CLINIQUES DES TUBERCULOSES POST-PLEURÉTIQUES

OBSERVATION 25. — Pu... Alexis, 45 ans.

En fin décembre 27, il est alité pour une pleurésie séro-fibrineuse droite, puis fait un mois de repos.

En mai 28, il est pris d'une dyspnée intense, avec fatigue extrême et toux quinteuse. La radio montre l'existence de taches miliaries bilatérales plus marquées à droite. Il meurt à la fin du mois.

OBSERVATION 26. — R...t Pierre, 40 ans.

A la fin de la guerre on a constaté chez lui l'existence d'une pleurésie droite, suivie en novembre 19 d'une tuberculose pulmonaire marquée par une hémoptysie.

Il ne vient consulter qu'en 30 à la suite d'une hémoptysie plus grave. On trouve des taches miliaries sur les 2/3 inférieurs du poumon droit surmontées d'une zone multi-excavée. Phrénicectomie droite en octobre 30, inefficace. On a perdu depuis sa trace.

OBSERVATION 28. — Fov...r Solange, 23 ans.

Fait, en février 30, une pleurésie gauche ponctionnée, suivie de 3 mois de repos.

En 33, crache pendant quelques semaines, mais ne prend pas sa température. Son état général est excellent.

Vient consulter en janvier 34 à Laënnec où l'on trouve une opacité totale de tout le champ pulmonaire gauche avec taches micro-nodulaires confluentes surtout à la base. Phrénicectomie gauche en février 34, suivie d'un séjour à Angicourt. Apparition d'une cavité juxta-axillaire qui s'excave lentement.

OBSERVATION 27. — M^{lle} Th..., 18 ans.

Vers février 31, a fait une pleurésie droite ponctionnée. Reste huit mois à Hendaye.

Mais en décembre 35, on constate l'apparition insidieuse d'une tuberculose bilatérale juxta-axillaire avec B. K. dans ses crachats.

Entre en mai à Angicourt où elle s'améliore progressivement.

DES LÉSIONS PLEURALES ADJOINTES

OBSERVATION 83. — E. Lav...c, 45 ans.

En mai 32, fait une pleurésie séro-fibrineuse gauche et prend 3 mois de repos. Il persiste une forte ligne bordante.

En août 34, brusquement un épisode aigu fébrile amène une infiltration massive des deux poumons rapidement mortelle.

OBSERVATION 29. — An... Albert, 36 ans.

En janvier 34, fait une pleurésie gauche suivie de 3 mois de repos.

En février 35, on constate l'apparition insidieuse d'une tuberculose bilatérale excavée à droite.

Pendant son séjour à La Bruyère un pneumo droit est complété par une section de brides et suivi d'un épanchement liquidien bilatéral. Amélioration. Mort subite en mai 36.

OBSERVATION 31. — M...e Théophile, 23 ans.

Fait en juin 30 une pleurésie gauche vérifiée par radio.

En mars 32, fait une hémoptysie. On diagnostique une lobite supérieure gauche, est envoyé à Villiers d'où il sort au bout de 7 mois ne crachant plus de bacilles. Il reprend son travail. Il fait une rechute en mars 34, avec infiltration du lobe supérieur droit suivie d'un volumineux épanchement. Extension bilatérale des taches.

Mort le 4 juin 34.

DES LÉSIONS DE TUBERCULOSE EXTERNE ASSOCIÉES

OBSERVATION 30. — Pu... Edouard, 32 ans.

A fait en 29 une pleurésie [séro-fibrineuse de la base droite suivie d'une convalescence de 2 mois.

Après une incubation de 3 mois, il fait en février 32 une hémoptysie ; on constate l'existence d'une lobite supérieure droite traitée par phrénicectomie efficace. Mais il fait en cure sanatoriale des accidents de rhumatisme tuberculeux suivis d'irido-cyclite. Malgré cela, amélioration très nette de l'état pulmonaire.

OBSERVATION 192. — E. Cour... Jean, 12 ans.

A fait une pleurésie droite vérifiée par radio en mai 32. Mais l'année suivante on constate un semis discret de nodules juxta-hilaires coïncidant avec l'apparition d'un mal de Pott dorso-lombaire.

OBSERVATION 32. — Parl... Robert, 15 ans.

Pleurésie gauche ayant débuté en février 28 et suivie d'un repos de 7 mois.

En janvier 29, ses poumons sont normaux, mais l'on constate une adénite cervicale bilatérale.

En mars 30, on constate l'apparition insidieuse de taches et marbrures bilatérales plus marquées à gauche, stabilisées par 3 mois de cure libre, et réveillées par des imprudences. Cette rechute s'accompagne d'un abcès anal, puis de tuberculose intestinale.

En février 32, il fait une phlébite double et meurt un mois après.

DU PNEUMOHTORAX ARTIFICIEL :

OBSERVATION 33. — Wie... Pierre, 20 ans.

En août 29, il fait une pleurésie séro-fibrineuse gauche ponctionnée suivie de 3 mois de repos.

Un épisode aigu fébrile en août 31 signe l'apparition d'une infiltration du 1/3 supérieur du Pb. avec cavité sous-claviculaire. Après un séjour inefficace à Villiers on l'envoie dans le service. Un pneumothorax gauche inefficace est complété par une section de brides incomplète et remplacé par une phrénicectomie. Devant une bilatéralisation, on crée un pneumothorax droit, mais le malade meurt le lendemain d'une section de brides qui devait le rendre efficace.

OBSERVATION 34. — M. P. F... Adrien.

En février 24, fait une pleurésie séro-fibrineuse droit suivie de 18 mois de repos.

Malgré plusieurs hémoptysies depuis 30, il ne vient consulter qu'en février 32, on lui trouve une lobite supérieure

droite non excavée avec quelques taches de tout le poumon.

Un pneumothorax amène un décollement complet, mais est suivi en septembre d'une crise de liquide rapidement purulent. Il sort du service amélioré par les lavages de plèvre, mais en janvier 36 les hémoptysies reprennent, sont suivies de tuberculose iléo-cæcale et le malade entre mourant à Saint-Joseph.

OBSERVATION 36. — Zoubt... Serge.

En février 26, il fait une pleurésie droite suivie d'une cure de 3 semaines.

On constate, en août 31, l'apparition insidieuse de lésions ulcéro-caséuses bilatérales plus marquées à droite.

Il entre à Paulhaguet, et un cliché montre un nettoyage radiologique considérable.

Mais en janvier 32, il fait une perforation pulmonaire suivie de pyopneumothorax, et meurt de la collapsus.

DE L'HOPITAL

OBSERVATION 39. — Smir. Nev..., 57 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse droite en février 32, non suivie de convalescence.

En novembre 33, il fait une tuberculose pulmonaire unilatérale droite traitée par sels d'or à Necker.

Il reprend au bout de 3 mois ses occupations, mais, en août 34, son état général s'altère rapidement. On constate l'existence d'une lobite supérieure droite excavée avec semis miliaire bilatéral. Il meurt en octobre 35.

DE LA CURE LIBRE

OBSERVATION 195. — Do...t 48 ans.

Pleurésie gauche ayant débuté en mars 33 et suivie 2 mois après de l'apparition de taches confluentes au sommet gauche avec B. K. Séjour efficace à Villiers, mais à la suite d'amaigrissement rapide on découvre un cancer du larynx. Il meurt en fin 33.

DE LA CURE SANATORIALE

OBSERVATION 40. — M^{me} C...née J...

A l'âge de 12 ans a fait une pleurésie séro-fibrineuse gauche ponctionnée suivie à 13 ans d'une pleurésie droite.

Malgré un séjour au Préventorium d'Ormesson elle fait une série de crises abdominales peu nettes, et l'on constate, en janvier 36, l'apparition de taches discrètes au sommet droit, qui disparaissent après une cure en Préventorium.

En janvier 28, après hémoptysie on constate la présence de nodules bilatéraux, qui ne disparaissent pas malgré de nombreux séjours à Angicourt, Bligny et La Thuyolle, mais s'excavent lentement à droite.

OBSERVATION 38. — Dob... Léon, 41 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse droite ayant débuté en janvier 22. On constate en juin 25, à la suite d'un épisode aigu fébrile, l'apparition d'une tuberculose pulmonaire qu'il va soigner en cure libre.

En octobre 27 il reste porteur d'une cavité sous-claviculaire entourée de tissu fibreux avec forte attraction médiastinale. En un an de séjour à Yerres la cavité se ferme et le malade reprend ses occupations.

DE LA PHRÉNICECTOMIE

OBSERVATION 42. — M^{lle} Hum.... Gabrielle, 27 ans.

Fait en janvier 25 une pleurésie gauche.

En juillet 26, à la suite d'un séjour à la mer d'un mois elle maigrit, tousse, se sent fatiguée. On constate l'apparition insidieuse de taches et marbrures du sommet gauche. Un séjour à Villepinte reste inefficace ; elle va à Angicourt, on se décide à lui faire une phrénicectomie gauche efficace en juillet 33. Depuis ce moment elle n'est plus bacillaire, et quitte Angicourt après 4 ans de cure pour reprendre son travail, en 1932.

OBSERVATION 43. — Wag... Paul.

En 27, fait une pleurésie droite ponctionnée. Une hémoptysie en octobre 26 l'amène à consulter. On trouve dans tout le champ pulmonaire droit de petites taches avec cavités au sommet.

Une phrénicectomie de janvier 30 complétée par une apicolysie, est rapidement efficace et le malade, après 1 an de cure à Bligny, reprend sans incidents son travail.

DE LA THORACOPLASTIE

OBSERVATION 44. — M^{lle} Tr..., 18 ans.

A fait en 20, à l'âge de 13 ans, une pleurésie gauche.

En décembre 26, fait un court épisode aigu fébrile suivi d'un épisode plus important en mai 27 avec hémoptysies.

On lui trouve une lobite supérieure gauche excavée. Une phrénicectomie suivie d'une cure d'Hauteville sont inefficaces. Une thoracoplastie faite à Lyon ne peut malgré l'ablation de 7 côtes, collaber la cavité, et la malade meurt en mai 28 après une tentative d'amélioration de sa plastie.

OBSERVATION 45. — Chel... André, 40 ans.

Fait en avril 25 une pleurésie gauche.

En juin 30, il fait une lobite supérieure gauche excavée à début insidieux. D'abord soigné à Nantes, puis à Paulhaguet, ni le repos ni les sels d'or n'amènent la sédation de ses lésions.

Une phrénicectomie gauche en février 32 est reprise par M. MAURER en avril, mais reste inefficace. Au début de 33, on lui fait une thoracoplastie totale d'abord inefficace, malgré la radiothérapie. Une cure de sels d'or amène enfin la disparition de la cavité. Le malade est toujours en cure libre, mais ne crache plus de bacilles.

DU DIAGNOSTIC

OBSERVATION 46. — Cl... Gabriel, 39 ans.

En 1919 a fait une pleurésie gauche ponctionnée à liquide séro-fibrineux.

En mai 35, ayant fait une hémoptysie on constate à la radio l'existence de fortes taches noires en écharpe sur le lobe inférieur. Une aiguille vient buter contre celles-ci ; il s'agit de calcifications pleurales.

III^e PARTIE

DES FORMES PLEURO=PULMONAIRES D'EMBLÉE

15 de nos malades, nous l'avons vu, ont fait des accidents de tuberculose pulmonaire moins de 6 mois après la disparition de leur épanchement.

Chez d'autres, la rechute coïncida avec l'apparition d'une pleurésie séro-fibrineuse du côté opposé.

Dans un troisième groupe enfin, le liquide vint après quelques mois de tuberculose pulmonaire.

Au carrefour de ces différents cas, nous pouvons individualiser une forme clinique spéciale dans laquelle le bacille de Koch envahit en même temps la plèvre et le tissu pulmonaire qu'elle entoure.

C'est donc une distinction purement clinique. Mais l'association d'un épanchement liquidien à l'affection pulmonaire pose un certain nombre de problèmes diagnostiques et cliniques que nous allons essayer de passer en revue.

Depuis Laënnec, nous connaissons la fréquence

de ces coïncidences. Les classiques, comme SABOURIN et POTAIN, avaient tendance à mettre sur le compte de la réaction pleurale l'aptitude de cette forme à la guérison et les nombreux travaux que l'étude de leur diagnostic avait soulevés aboutirent au fameux schéma de GRANCHER : sonorité + vibrations + respiration — responsable de l'envoi en sanatorium de tant de gens bien portants.

Les Américains HEISE et Lawrence BRAWN, après une étude de 1.000 cas au sanatorium Trudeau, concluent à sa particulière fréquence, 60 % des pleurétiques ont, selon eux, des lésions pulmonaires concomittantes décelables à la radiographie.

Une telle fréquence nous semble bien exagérée. En additionnant tous les cas de pleurésies décelées chez les cheminots de l'État, nous aboutissons à une moyenne de 14 % — soit 24 cas, et 1,9 % de l'effectif total de nos tuberculeux.

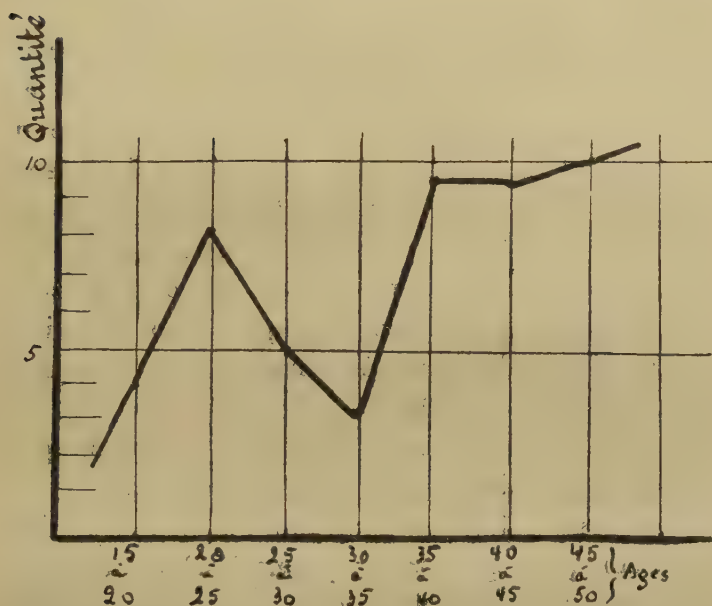
Une telle forme est donc relativement rare et nous n'en avons trouvé que 25 chez les hospitalisés du service RIST, soit 49 en tout. Les antécédents personnels et collatéraux sont identiques à ceux des pleurésies simples. Même fréquence des contagions familiale ou conjugale, même abondance des tuberculoses externes, mêmes rapports étroits chez les femmes entre les divers épisodes de la vie génitale et l'invasion tuberculeuse.

Elle éclate à tout âge. On n'en trouve pas souvent chez les hommes de moins de 30 ans (3 cas).

Elle est rare chez les femmes entre 20 et 25 ans.

Puis la courbe monte brusquement entre 20 et 25 ans. Elle redescend dans les deux sexes entre 25 et 35, puis remonte régulièrement, surtout chez les hommes, entre 35 et 50 ans.

Le graphique suivant en fait foi.



Le début en est assez variable.

Le sujet peut se présenter comme un tuberculeux pulmonaire. Depuis quelques semaines il se sentait fatigué, avait maigri, toussait, crachait, se plaignait de sueurs nocturnes.

Un épisode aigu fébrile avec température de 38 à 39 amène une recrudescence de la toux et de l'ex-

pectoration, parfois un point de côté peu violent, et l'on voit, lorsque le malade vient consulter, des signes de condensation pulmonaire accompagnés d'un épanchement plus ou moins abondant de la plèvre.

Les signes pulmonaires ont parfois précédé les signes pleuraux, et dans ces cas dominant toujours la scène (I B — II B).

En général, les signes fonctionnels et généraux sont ceux d'une pleurésie banale. Le malade est pris, soit brutalement, soit après une période de fatigue et d'amaigrissement assez courte, de frissons répétés, et d'un point de côté très violent à l'une des bases. La température monte à 39, le malade a une toux sèche, quinteuse qui réveille le point de côté, il ne crache pas, et les quelques expectorations muqueuses qu'il donne à l'analyse sont toujours dépourvues de bacilles.

D'ailleurs, les examens cliniques et radiographiques ne montrent alors qu'un épanchement banal. La tuberculose pulmonaire anatomiquement installée reste cliniquement latente, même après insufflation d'air dans la cavité pleurale.

Après une période de latence qui varie de quinze jours à deux mois, certains signes viennent peu à peu donner l'éveil.

Ce peut être une hémoptysie peu abondante (cas III B — IV B), dans la règle la toux sèche et quinteuse du début fait place à une toux grasse qui ramène une expectoration muéo-purulente de plus en plus abondante et riche en bacilles (obs. V).

D'ailleurs, la tuberculose pulmonaire peut-être latente, et c'est au cours d'un examen radiographique systématique (obs. VI) qu'on en fait la preuve.

Ainsi en fut-il de la plupart de nos cheminots régulièrement convoqués au décours de l'épanchement par le service social, et c'est à l'oubli de cette règle que l'on doit pour beaucoup la gravité du pronostic chez les sujets les plus âgés (obs. 147 E).

Cette atteinte pulmonaire que l'on soupçonne, il va falloir la préciser.

L'auscultation n'est pas d'un précieux secours et nous avons montré à plusieurs reprises les erreurs qu'on a commises à vouloir la rendre trop fine. En fait selon la juste remarque de LÉON BERNARD et MAX BIDERMAN, seuls de gros signes stéthacoustiques, râles bulleux, par exemple, ont quelque valeur.

Il faut donc se confier entièrement à l'examen radiographique.

Il peut être difficile d'évaluer l'exacte part des lésions pulmonaires et pleurales dans le film que nous obtiendrons.

TOURNANT, dans sa thèse, insiste sur la fréquence des réactions d'un poumon qui est et restera intact au cours des pleurésies banales, accentuation des hiles et des ombres broncho-vasculaires, formation ou épaississement d'un réseau à mailles fines dans un parenchyme que l'opacité du sommet viendra rendre plus suspect encore.

Aussi, même dans le doute, il est nécessaire de transformer l'épanchement en hydrothorax.

Si le film est contemporain de la lésion à ses débuts, on trouve une opacité non homogène, presque toujours au tiers supérieur, formée de petites taches arrondies, qui confluent sous la clavicule et dans la partie la plus externe du champ pulmonaire:

Dans la majorité des cas, la lésion en reste là, au moins tant que le liquide persiste ; dans d'autres (obs. I B^r — VII B) à un niveau variable apparaît la tache claire d'une cavité qui s'excave lentement.

Dans les formes à début pulmonaire, nos malades, au contraire de l'opinion classique, avaient des lésions assez importantes ; les condensations se sont mises à évoluer rapidement en présence même du liquide, et le pronostic s'est montré particulièrement défavorable.

Six d'entre eux, enfin, avaient une forme bilatérale, soit une infiltration massive d'emblée (obs. VIII), soit quelques taches coïncidant avec une grosse lésion pleuro-pulmonaire du côté opposé.

La pleurésie, elle, suit son cours normal, elle se résorbe lentement en quelques semaines ou quelques mois, laissant pour séquelle une pachypleurite de la base, ou une simple fermeture du sinus costo-diaphragmatique.

Il faut cependant mettre à part le cas de M^{me} L... qui fit, à la fin d'une grossesse, un épisode pleuro-pulmonaire caractéristique avec B. K.

Quelques semaines après l'accouchement, et sans qu'il y ait eu de ponction, la pleurésie se transformait en pyothorax à streptocoques ; la malade a guéri

parfaitement après thoracotomie et n'a jamais plus craché de bacilles (obs. IX).

Cette expectoration bacillifère, LÉON BERNARD et MAX BIDERMANN la donnent comme peu abondante chez les malades qui nous occupent. Il est de fait que l'on doit souvent multiplier et examen direct et homogénéisation, et que, dans certains cas, seule une inoculation au cobaye aboutit à un résultat.

Mais lorsque l'excavation a fait son apparition ou que les lésions sont d'emblée importantes, les bacilles sont aussi nombreux et aussi facilement décelables que dans les formes pulmonaires identiques.

Dans le doute d'ailleurs, rien n'empêche de traiter le cas suspect en tuberculeux pulmonaire, et de lui imposer les 6 mois de cure surveillée que nécessite son épanchement.

Pronostic et traitement. — Cette association de deux tuberculoses pleurale et pulmonaire domine tout le traitement. Rien n'est plus simple en théorie. Puisque le liquide enrobe le poumon malade, rien n'empêche de le remplacer par un coussinet d'air que l'on renouvellera comme un pneumothorax banal.

En pratique, malheureusement, on se heurte à un gros obstacle : la tuberculose pleurale évolue de son côté.

Il nous a paru sans doute que l'insufflation d'air dans la cavité pleurale infectée, loin de favoriser la réapparition du liquide, exerce plutôt une influence bienfaisante.

La lésion pulmonaire, nous l'avons vu, suit toujours cliniquement la lésion pleurale. En ponctionnant à l'acmé de l'épanchement, nous avons toujours constaté que sa reproduction est plus lente et moins abondante qu'après une simple thoracenthèse.

Mais la tuberculose pleurale évolue de son côté, et se défend par le seul procédé qu'elle connaisse : la symphyse.

Si l'on voit le malade trop tard, le décollement est complet à la base, mais le poumon adhère en masse au sommet, siège habituel de la lésion pulmonaire.

Aussi pouvons-nous être heureux lorsque la symphyse n'est pas complète et qu'une section de brides vient couper les adhérences courtes et épaisses qui maintiennent le sommet (obs. X). Le décollement est-il complet, efficace ? Le malade, qui avait quitté l'hôpital pour aller en sanatorium ou en cure libre, revient quelques mois après : malgré hautes pressions et insufflations répétées, le pneumothorax s'est lentement recollé, presque toujours par le sommet.

Dans deux cas, l'épanchement intarissable fut combattu par des injections intra-pleurales d'huile (ob. 11 et 12) et dut être abandonné à la suite d'une perforation.

Ainsi dans tous les cas le traitement dut être abandonné avant la guérison clinique du malade, et les, 13 observations de notre statistique sont autant d'échecs.

Il ne reste donc à notre disposition que des moyens réduits.

1^o Trois de nos malades sont arrivés trop tard à l'hôpital pour bénéficier d'un traitement quelconque, dont deux après échec de la chrysothérapie (obs. 13), et moururent dans les deux mois qui suivirent leur entrée.

2^o Cure libre. Des 9 malades qui partirent en cure libre, 6 ont disparu, sans donner de leurs nouvelles. Des trois autres, l'un est guéri à l'heure actuelle et a repris son travail. Les deux derniers s'étaient contentés de quelques mois de cure, et ont fait une rechute. M. L..., qui avait une petite cavité sous-claviculaire et l'avait fermée, en trois épisodes aigus fébriles, fit une lobite supérieure droite, y ouvrit une cavité et se bilatéralisa (obs. I).

3^o Cure sanatoriale, 18 cas.

Tous, sauf un (obs. 172 E) n'avaient que des taches et marbrures peu confluentes du lobe supérieur. Beaucoup n'avaient été dépistés qu'après une pleurésie en apparence banale. Huit ont guéri complètement, malgré chez l'une d'elles l'apparition d'une tuberculose rénale qu'une néphrectomie guérit (obs. 203 E). Trois à la suite d'un épisode aigu fébrile ont fait des formes graves et sont morts. Sept se sont excavés, restant bacillaires, malgré pour l'un d'entre eux, une thoracoplastie.

Phrénicectomies. — Toutes sont secondaires. On les pratiqua chez des malades qui, peu atteints,

avaient malgré la cure sanatoriale; vu les marbrures de leur poumon s'accroître ou s'excaver. Chez une de nos malades, l'amélioration s'est poursuivie (obs. 14); mais il persiste une petite cavité juxtascissurale.

L'on tenta d'améliorer chez un second sa phrénicectomie par une section des scalènes (obs. 61 E); les bacilles, après une courte disparition, sont revenus. Un troisième est toujours B. K. Le dernier, chez qui c'était une tentative désespérée, est mort.

Enfin, deux fois, on a abandonné le pneumothorax et essayé une phrénicectomie; dans un cas, le malade est mort (obs. XV), dans l'autre, il est toujours en sana et toujours cavitaire.

Thoracoplastie. — 2 cas :

Une thoracoplastie totale a guéri un épanchement purulent (ob. 11), mais n'a pu collaber la cavité sous-jacente. Une seconde n'a pu fermer un large évidemment du sommet.

Décomposons, pour terminer, les 13 échecs du pneumothorax et nous aurons :

7 morts.

1 phrénicectomie inefficace.

1 pneumo toujours collabé mais inefficace.

3 pneumo abandonnés, mais sans amélioration.

1 cas enfin s'est guéri par la cure sanatoriale.

Ainsi, tous les traitements ont abouti aux conclusions suivantes : si des 49 malades, on soustrait les 6 personnes que nous n'avons pu retrouver, il reste 10 guérisons complètes.

2 malades chez qui la disparition des B. K est trop récente pour qu'on en puisse tenir compte.

16 restent des tuberculeux pulmonaires chroniques.

14 sont morts.

Soit 23 % de guérisons complètes et 30 % de décès dans les cinq ans.

Il est difficile, dans toutes les formes de la tuberculose pulmonaire, de faire un diagnostic plus précoce qu'il n'a été fait chez nos malades. Dépistés presque tout de suite, ils n'ont pu, pour la plupart, faire d'erreurs de traitement, et, de l'hôpital au sanatorium, ils ont suivi toute la gamme des traitements qu'à l'exclusion du pneumothorax, nous pouvons opposer. Tout cela pour aboutir à trois morts sur dix, contre deux guérisons ; nous y pouvons puiser une belle leçon d'humilité.

DES DÉBUTS

OBSERVATION I. — Lac...; 34 ans.

Vers le début d'août 33, est pris brusquement d'une sensation de fatigue inverse avec 6 à 38°, toux expectoration abondante et point de côté léger derrière l'omoplate. Il entre à l'hôpital où l'on trouve quelques marbrures discrètes du sommet droit et les restes d'un épanchement. Après un mois de cure libre il reprend son travail. Vers décembre il fait un épisode aigu fébrile avec lobite supérieure droite excavée qui se cicatrise d'abord sous l'action de la cure. En 2 épisodes aigus fébriles il rouvre sa cavité et se bilatéralise.

Actuellement il est à La Bruyère en état pulmonaire médiocre.

OBSERVATION II. — Path... Marguerite, 18 ans.

Vers juin 31 commence à tousser, cracher, maigrir.

Mais en janvier 32, toux et expectoration augmentent. Elle se plaint d'un point de côté léger.

Une radio montre une lobite supérieure droite suivie 8 jours après d'un épanchement de moyenne abondance. Au pneumothorax ne décolle que la base et se symphyse. Enfin en avril 32, le poumon gauche est envahi à son tour et la malade meurt 1 mois après de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION III. — Glo... Eugénie, 21 ans.

En décembre 31, fait un épisode aigu fébrile avec point de côté gauche violent suivi en avril d'une hémoptysie peu abondante.

On lui trouve une infiltration du sommet gauche avec un épanchement de moyenne abondance. Le décollement est incomplet et cloisonné mais efficace, et la malade quitte le service en excellent état général et pulmonaire pour aller à Bligny.

OBSERVATION IV. — M^{lle} Four... Yvonne, 24 ans.

Elle est prise, le 15 juillet 28, d'un point de côté très violent avec frissons et toux sèche. Sa θ monte à 40°. Elle entre en septembre, et fait alors une petite hémoptysie ; une radio montre un sommet et une base gauches peu transparents. Elle part chez elle en cure libre, puis à la suite d'un nouvel épisode aigu fébrile revient à l'hôpital où l'on trouve des taches et marbrures du 1/3 supérieur, avec B.K. dans ses crachats. Elle rentre chez elle en cure libre, mais à l'heure actuelle reste bacillaire.

OBSERVATION V. — M^{me} Riss... Marie, 32 ans.

En mars 31, la malade fait un épisode aigu fébrile avec 38 à 40° et violent point de côté droit. Une radio montre un épanchement séro-fibrineux de moyenne abondance et des taches et marbrures du 1/3 supérieur du poumon droit.

Elle prend 3 mois de repos à la campagne, mais reste fatiguée.

En janvier 32, elle fait un nouvel épisode aigu fébrile annonçant l'apparition d'une lobite supérieure gauche mal collabée par un pneumothorax gauche en octobre 32, suivie un mois après d'une phrénicectomie droite inefficace.

Elle meurt en fin 1932.

OBSERVATION 6. — M^{lle} Faj... Léa, 24 ans.

Fait une pleurésie droite en janvier 31, de moyenne abondance, suivie en l'absence de toute expectoration de l'apparition de taches sous-claviculaires repérées à l'examen radiographique systématique de la malade. Elle quitte le service le 6 mars 31, crache toujours des bacilles. On perd sa trace.

OBSERVATION 147. — E... Lo..., 43 ans.

En mars 34 fait une pleurésie gauche ponctionnée suivie de 3 mois de convalescence sans passage aux rayons. Il ne tousse pas, ne crache pas, ne se sent pas fatigué. Mais repéré par le Service Social du Réseau de l'État il est envoyé au dispensaire où l'on trouve des taches discrètes aux deux sommets avec bacilles dans les crachats.

Il fait un séjour de 6 mois à Villiers et reprend son service guéri, sans incidents depuis 18 mois.

DE L'ÉVOLUTION

OBSERVATION VII. — M^{me} Le...c Marguerite, 34 ans.

A fait, en 1907, une coxalgie traitée à Berk.

En février 31, elle commence un épisode aigu fébrile avec θ à 40° et point de côté violent. On trouve à la radio un épanchement droit décroissant et une petite cavité sous-claviculaire. Elle refuse une phrénicectomie et part en cure libre.

Mais elle refait un nouvel épisode aigu fébrile. On trouve une lobite supérieure droite excavée, et un petit épanchement de la base surmonté de taches non confluentes. Meurt en 34 d'un accident.

OBSERVATION VIII. — M^{lle} M. C. Renée, 17 ans.

Depuis août 24 se sent fatiguée, maigrit.

En janvier 25 elle est prise d'un violent point de côté à la base gauche. A Bretonneau on lui trouve une pleurésie gauche abondante masquant une forte condensation de tout le poumon, et des taches et marbrures confluentes à la partie moyenne du poumon droit.

Elle quitte le service dans un état général et pulmonaire médiocres.

OBSERVATION IX. — M^{me} Laure Mes...d, 24 ans.

Brusquement, en janvier '28, la malade est prise, alors qu'elle était enceinte de 8 mois d'un point de côté violent, à la base droite avec élévation de la θ à $38^{\circ}5$. On lui trouve à Laënnec une pleurésie droite de moyenne abondance avec B. K. dans ses crachats.

Elle accouche à Beaudelocque d'un enfant mort-né, puis rentre dans le service où l'on trouve une courbe de Damoiseau avec image hydroaérique juxta-médiastinale. Quelques taches gauches juxta-hilaires.

En février 27, l'épanchement devient puriforme à strepto. On lui pratique en chirurgie une thoracotomie. Elle sort le 28 mai. En juin 29, le parenchyme semble redevenu normal ; depuis la malade n'a jamais eu de B. K. dans ses expectorations.

DES TRAITEMENTS

OBSERVATION X. — M^{lle} V...t, 19 ans.

En juillet 34, fait une épisode aigu fébrile avec 9 à 40° et point de côté très violent à gauche.

On fait le D de pleurésie gauche, mais son médecin, en la passant à la radio au bout d'un mois, constate l'existence d'une opacification homogène du sommet gauche. A l'hôpital, on pratique un pneumothorax artificiel gauche limité par un abondant système de brides sectionnées. Malgré cela une cavité persiste dans le moignon et la malade est toujours bacillaire.

OBSERVATION XI. — M^{me} Gl... ski Hélène, 32 ans.

En décembre 28, a fait un épisode aigu fébrile sur lequel en porte le diagnostic de pleurésie gauche. En octobre 29, on trouve un épanchement abondant qu'on continue à ponctionner jusqu'en mars 30 ; derrière lequel on peut voir une cavité de la partie moyenne du poumon avec B.K+.

On remplace le liquide par de l'huile qui passe dans les bronches, le 26 mars.

Une thoracoplastie faite par M. MAURER en 7 temps, n'améliore ni la tuberculose pulmonaire, ni la tuberculose pleurale.

On est obligé de pratiquer, en mai 33, une pleurotomie d'urgence suivie d'une retouche de la thoracoplastie.

La malade garde actuellement une fistule et reste bacillaire.

OBSERVATION 12. — Goulet André, 24 ans.

A fait, en février 30, une évolution pleuro-pulmonaire gauche d'emblée, et va se reposer deux mois à la campagne, puis reprend son travail.

Peu à peu l'état général s'altère, mais un traitement à la crisalbine est mal supporté. Il entre dans le service, en novembre 33, avec une condensation excavée bilatérale plus marquée à gauche, et part, en janvier 34, pour aller mourrir chez lui.

OBSERVATION 172. E. — M^{me} Br...lt, 42 ans.

A fait, en juin 35, une pleurésie gauche s'accompagnant d'une opacité excavée du sommet droit.

Elle est aussitôt envoyée à Leysin.

Actuellement elle ne crache plus de bacilles et va bien.

OBSERVATION 203. E. — Lou...t Berthe, 26 ans.

En janvier 24, fait une pleurésie droite ponctionnée accompagnée de taches et marbrures du sommet gauche avec quelques taches droites. Sa cure à Champrosay est interrompue par de la pyurie et de la ϕ . L'inoculation des urines au cobaye le tuberculise.

On fait l'ablation du rein droit, mais il persiste longtemps une fistule lombaire.

Les lésions pulmonaires n'ont pas bougé. La malade, actuellement enceinte de 6 mois supporte bien sa grossesse.

OBSERVATION 14. — M^{me} Hopp..., 36 ans.

En pleine santé fait un épisode pleuro-pulmonaire droit d'emblée avec hémoptysie.

Fait une convalescence insuffisante en Savoie et revient à Paris où elle refait un nouvel épisode aigu fébrile.

Examinée à Laennec on lui trouve des taches et marbrures sur les 2/3 supérieurs du champ pulmonaire plus marquées à droite.

Une cure de 13 mois en Sana ne l'améliore pas, ni le myorrrhal (10 grammes), ni 20 piqûres de tuberculine.

2 petites images cavitaires font leur apparition dans le lobe supérieur droit. On fait une phrénicectomie droite en septembre 35 qui semble devenir efficace.

OBSERVATION 61. E. — Gil... André, 32 ans.

En juin 31, épisode pleuro-pulmonaire d'emblée. Malgré l'absence de bacilles fait un séjour de 4 mois à Ris-Orangis.

Il reprend son travail en avril 32, mais on constate l'augmentation de ses taches miliaires du sommet. Une phrénicectomie, en juin 34, est efficace jusqu'à la reprise du travail. On refait alors une scalenectomie suivie d'un bon résultat.

Mais, en mars 36, la réapparition des mouvements du diaphragme amène celle des bacilles.

OBSERVATION 15. — Boi... Denise, 17 ans.

En décembre 29, épisode pleuro-pulmonaire d'emblée avec transformation de l'épanchement en hydrothorax.

Malheureusement le collapsus est de plus en plus limité par la symphyse, mais la jeune fille, qui avait repris son travail en juin 31, est prise 4 mois après de dyspnée avec toux et expectoration et meurt sans être revenue à l'hôpital.

IV^e PARTIE

DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX CHEZ LES TUBERCULEUX PULMONAIRES

A. — HISTORIQUE

Aux pleurésies dites *a frigore* on s'est plu longtemps à opposer les épanchements des tuberculeux chroniques dont personne d'ailleurs ne niait l'origine.

Pour les anciens c'était une complication très grave. C'est ainsi que BAYLE dans ses recherches sur la phtisie qui datent de 1810, pouvait dire : « La pleurésie vient fréquemment compliquer la phtisie parvenue au deuxième ou troisième degré. Dans ce cas elle exaspère les souffrances du malade et abrège sa vie. » Il ne craignait pourtant pas de se contredire en observant avec justesse que « les lésions tuberculeuses sont souvent moins avancées du côté de la pleurésie que de l'autre côté ».

ANDRAL (*Cliniques médicales* 1834), écrivait : « Par cet épanchement se trouvent comprimées et

parfois rendues inutiles des portions de poumons perméables à l'air. »

Et LOUIS renchérisait « La pleurésie suit une marche rapide et accélère la mort. »

Écoutons enfin GRISOLLE, *Traité de pathologie*, 1869 : « Elle guérit rarement. Dans les cas où elle rétrocede, elle avance la marche fatale de la maladie qu'elle est venue compliquer. »

Cette opinion française était pour une fois partagée par les médecins d'Allemagne.

Ainsi HEITLER, *Die behandlung des pleuritis und ihre produkte*, terminait : « Elle se produit sous l'influence des lésions peu avancées ou même torpide, alors la santé s'altère, la mort arrive par granulations miliaires ou foyers caséeux. »

Ainsi pour les anciens les pleurésies des tuberculeux pulmonaires, par la compression qu'elle engendre, sont d'un pronostic sévère quand elles ne conduisent rapidement à la mort. Dans ce concert d'opinion unanime nous ne remarquons qu'une opinion discordante, celle de LAENNEC. Au bout d'un siècle c'est à ses conclusions qu'au terme de notre étude nous aboutirons : « Tant que l'épanchement existe, la diathèse reste stationnaire. Si l'épanchement disparaît, la diathèse reprend sa marche.

POTAIN, encore une fois, retrouva la voie qu'avait tracée LAENNEC.

C'est à cet auteur ainsi qu'à FORLANINI qu'on doit d'avoir vu disparaître cette terreur qu'avaient nos anciens maîtres de la compression. « Le repos et

l'immobilisation provoqués par un épanchement, dit le premier, peuvent ralentir la marche de la tuberculose. »

Le second assimile le liquide à l'air du pneumothorax : « Il peut arrêter et même guérir le cours de la phtisie s'il y a un volume et une durée suffisants de l'épanchement.

M. DE CISTERNES, en 1901, dans une thèse qu'inspira SABOURIN publiait une dizaine d'observations favorables qu'il avait puisées au sanatorium de Durtol et concluait : « La tuberculose pleurale intercurrente survient dans la tuberculose aiguë granuleuse ou pneumonique, et dans la tuberculose chronique commune à toutes ses périodes.

« Elle est loin d'avoir toujours le pronostic funeste que leur accordaient les anciens. Elle peut, dans certains cas, avoir une heureuse influence en ralentissant ou en arrêtant la marche des lésions tuberculeuses préexistantes du poumon, souvent, pensons-nous, en précipitant une guérison chez des tuberculeux curables. »

Il convient de parler, pour terminer, des travaux de COULAUD qui publiait, en 1930, 4 cas de pleurésies contro-latérales passagères terminées par une amélioration du foyer principal opposé.

Il est donc incontestable qu'en certains cas assez rares, si l'on en croit BEZANÇON et M.-P. WEILL, la pleurésie séro-fibrineuse peut exercer une action favorable sur les lésions pulmonaires sous-jacentes ou opposées.

Quelle est la cause de cette action ? des théories aussi nombreuses que divergentes se sont appliquées à l'élucider.

Citons pour mémoire l'opinion d'A. RENDU (1898) :
« Il s'agit d'un phénomène de dérivation dû à une nouvelle métastase de la maladie, et passons aux travaux sérieux. Trois ordres de phénomènes ont été envisagés :

les facteurs mécaniques,

la réaction sclérogène,

le pouvoir bactériolytique du liquide séro-fibrineux.

1^o Les facteurs mécaniques, LAENNEC, puis POTAINE et FORLANINI, enfin SABOURIN les ont mis en évidence.

Les épanchements pleuraux sont douloureux et amènent de fortes poussées de température, et les cas que citent ROSSEL et VAUDOUR ne sont pas fréquents. Les malades sont cloués au lit. Ils diminuent, pour ne pas réveiller leur point de côté, leur respiration, ce que l'on observe si l'on étudie leur expansion inspiratoire le torse nu. Ce repos involontaire est pour SABOURIN un des meilleurs facteurs de guérison.

Cette compression qu'invoquait FORLANINI, le liquide la donne aussi bien que l'air du pneumothorax. Enfin nous n'ignorons pas que le poumon sain, tissu élastique, est maintenu en forte distension contre la paroi thoracique par la pression négative pleurale.

Il suffit de peu de liquide comme de peu de gaz pour amener une détente, et de ce fait favoriser la mise au repos des lésions pulmonaires même éloignées

Elles auraient le temps, si l'épanchement n'est pas trop fugace, d'amorcer leur cicatrisation.

2^o L'action sclérogène vient favoriser cette cicatrisation entamée. On sait depuis les travaux de RIST et JACQUEROD que la plèvre réagit à l'invasion du bacille par la sclérose. Le tissu ainsi créé ne se cantonne pas seulement dans les plèvres, mais envahit le poumon, achevant l'action du repos.

3^o L'étude du pouvoir bactériolytique des liquides séro-fibrineux, de beaucoup la plus intéressante, a, de tout temps, tenté les chercheurs ; c'est pourtant, de toutes les actions envisagées, la plus contestable.

C'est en 1892 que le premier, TALAMON, insista sur le caractère bactéricide des épanchements tuberculeux pleuraux.

Il injecte dans le péritoine du cobaye une certaine dose de liquide et constate que l'animal présente au B. K. une résistance plus grande que le témoin.

COURMONT à son tour, étudie « l'action des épanchements des séreuses tuberculeuses ou non sur les cultures du bacille de Koch en milieu liquide », leur reconnaît, en 1898, un pouvoir agglutinant sur ce dernier.

L'importance de ces recherches devait être dépassée par l'intérêt des communications de RIST, VEBER et JONESCO d'une part, de BEZANÇON et BUC de l'autre. RIST et VEBER poursuivirent dans les liquides les recherches que le premier avait entreprises avec KINDBERG et ROLLAND sur l'allergie et l'immunité.

Prenant d'ailleurs les liquide des pneumothorax ils établirent que des cultures de bacilles virulents n'y poussent pas, et que les bacilles autogènes cultivent mal sur milieu de Petroff ou pomme de terre glycéinée. Il y existerait donc des substances bactériolytiques *in vitro*, qui empêchent le développement du bacille de Koch en culture. Elles n'empêchent pas son développement sur les milieux de culture usuels, mais sous une forme de résistance qui serait représentée par des granules à développement aérobie restreint (VEBER).

Des conclusions un peu identiques découlent de la communication de RIST et JANESCO.

BUC, en même temps, aboutissait à des résultats opposés.

En ajoutant à tous les liquides pleuraux du phosphate monobasique de potasse ou de soude avec adjonction ou non de glycérine, de façon à maintenir un P. H. légèrement acide, il a constaté dans tous les cas l'apparition de voiles de bacilles tuberculeux normaux et parfaitement virulents. Bien plus, il a établi que les bacilles des liquides conservés pendant plus de trois mois à l'étuve y conservent parfaitement leur virulence.

Il considère enfin les liquides pleuraux comme des milieux excellents de culture. Ainsi la question reste à l'étude et nous n'avons aucune qualité pour la trancher.

B. — ÉTUDE CLINIQUE

Comme dans les chapitres qui précèdent nous n'avons envisagé que les liquides séro-fibrineux citrins clairs et limpides à la ponction ; ils ont tous donné aux examens de laboratoire la même formule riche en lymphocytes.

Nous avons éliminé les liquides des hydrothorax dont l'étude a fait l'objet de tant de travaux, et les pleurésies des miliaires aiguës, assez rares dans les services de tuberculeux chroniques ; ces derniers simples épiphénomènes au cours d'une forme rapidement mortelle, n'ont aucun intérêt diagnostique.

Dans le grand nombre d'articles, ceux de DE CISTERNES, de COULAUD et de VAUDOUR en particulier, que les auteurs ont publiés sur la question, on ne s'occupe que des pleurésies secondaires, et surtout de celles qui ont été bienfaisantes.

Nous nous sommes dans ce chapitre donnés pour but d'examiner les points de contact et de différence d'avec les épanchements chez des sujets indemnes jusque-là de tuberculose pulmonaire ou pleurale, et d'établir par une statistique de cas aussi nombreux que possible le rapport des cas bienfaisants aux autres et le pronostic éloigné de tous les malades.

Nous avons réuni 53 observations puisées, comme toujours, dans les archives de l'hôpital Laënnec, et de la consultation des cheminots de l'État.

A) Le plus grand nombre de nos malades n'avaient subi aucun traitement collapsothérapique.

41 observations dont 23 hommes et 18 femmes.

1^o L'épanchement peut envahir la plèvre dans les quelques mois qui suivent la découverte de la localisation pulmonaire. Il n'existe aucune solution de continuité entre les formes pleuro-pulmonaires d'emblée et les pleurésies des vieux chroniques.

On retrouve toutes les formes habituelles de la tuberculose pulmonaire, avec une proportion anormale de miliaires subaiguës ou froides. Toutes avaient débuté par un épisode aigu fébrile, qui dans 13 cas, s'était accompagné d'hémoptysie.

On peut remarquer la fréquence anormale même chez les vieux cavitaires des associations extra-pulmonaires, soit des voies respiratoires, comme la laryngite tuberculeuse, soit à siège externe comme les adénites cervicales ou les abcès de la marge de l'anüs.

Dans certains cas l'asystolie vient compliquer le problème (2 malades) et rend difficile d'établir la part de la tuberculose dans la production de l'épanchement.

Quoiqu'il en soit, la tuberculose pulmonaire est généralement unilatérale (41 cas), souvent peu évolutive; l'épanchement peut même préluder à la reprise d'une évolution en apparence arrêtée.

Chez les bilatéraux il atteint le côté le plus malade.

Chez les autres il a siégé 21 fois du même côté que la lésion pulmonaire. Il était contro-latéral chez 9 de nos malades.

Son début est presque toujours bruyant.

Chez les femmes, c'est souvent avant ou au début des règles, dans 1 cas un mois après un accouchement normal que la *9* monte brusquement à 40°. Le malade est pris d'un point de côté très violent à l'une des bases, et d'une dyspnée sans rapport avec le volume du liquide. L'expectoration augmente dans de notables proportions, mais nous avons noté près d'une dizaine d'observations dans lesquelles les bacilles se faisaient rares et même disparaissaient pendant toute l'évolution pleurale.

Dans de rares cas, l'apparition est parfaitement insidieuse, et n'est qu'une découverte d'examen radioscopique.

A la percussion, on note une matité, souvent même une simple submatité à la base. Mais la radio ne donne pas toujours les renseignements qu'on pourrait en attendre. Chez 2 de nos malades on ne trouvait qu'une simple grisaille de la base, et ROSSEL — Remarques sur les frottements pleuraux et les pleurésies séro-fibrineuses secondaires des tuberculeux — a insisté sur les épanchements invisibles à la radioscopie, bien qu'ils se manifestassent à l'auscultation par des frottements pleuraux.

Ils siègent toujours dans la grande cavité, et nous ne pouvons citer qu'un cas de pleurésie médiastine.

Ils sont plus ou moins abondants, peuvent

atteindre 1 l. 500 et à gauche refouler le cœur ; dans la règle ils ne sont pas très importants, ne dépassent pas l'aorte, et de ce fait s'opposent aux pleurésies banales.

Ils évoluent en 3 semaines à un mois, rarement plus ; la ϵ retombe alors à la normale. Nous ne connaissons pas d'exemple sur nos 41 malades de liquide intarissable. Ils semblent se résorber plus vite que les pleurésies à *frigore*, et disparaissent en laissant les traces habituelles, pachypleurite de la base ou simple oblitération du sinus costo-diaphragmatique.

2^o Les lésions pulmonaires sous-jacentes et celles du poumon opposé.

Ainsi l'atteinte pleurale est en elle-même bénigne. Seul le retentissement qu'elle a sur les lésions pulmonaires est intéressant à étudier. L'épanchement est-il la traduction pleurale d'une évolution du poumon sous-jacent ? La chose est certaine lorsqu'il y a lésion pulmonaire bilatérale ou unilatérale du côté de la pleurésie.

La rupture d'un petit tubercule sous-pleural amène au contact d'une plèvre allergique des bacilles virulents et celle-ci réagit par un épanchement.

Le même mécanisme joue dans les pleurésies controlatérales. Chez les 9 malades que nous avons étudiés, elles furent précédées ou accompagnées de taches et marbrures plus ou moins confluentes dans le côté qui semblait sain jusqu'à ce moment.

Ainsi l'épanchement s'accompagne toujours d'une

évolution qui peut être fugace des lésions pulmonaires sous-jacentes.

Mais réaction de la plèvre, il peut jouer un rôle bienfaisant, peut n'avoir aucune influence, peut enfin donner un coup de fouet à la tuberculose pulmonaire.

Il a joué un rôle bienfaisant chez 9 de nos malades sur les 44 cas étudiés.

Sept avaient leur pleurésie du côté des lésions principales, deux de l'autre côté.

Le volume de l'épanchement ne semble avoir aucune influence. Mais le remplacement immédiat du liquide par de l'air a créé dans 4 cas un hydro-pneumothorax efficace. Tous sont guéris à l'heure actuelle, et retravaillent sans inconvénient.

Chez les cinq autres l'apparition du liquide a amené une sédation rapide des signes généraux et fonctionnels et la guérison plus qu'aux $2/3$ amorcée antérieurement chez l'un d'eux s'est achevée par une cure de repos en sanatorium. Il faut noter toutefois que la reprise du travail chez 3 d'entre eux fut suivie d'une rechute mortelle dans un cas.

L'influence bienfaisante des pleurésies chez les tuberculeux n'est donc pas une légende. Mais elle n'a d'efficacité qu'à condition d'être achevée par l'action d'un pneumothorax efficace. Les lésions abandonnées à elles-mêmes peuvent régresser sous l'influence du repos. La guérison n'en est pas stable, et le pronostic lointain reste réservé.

Chez beaucoup l'épanchement est bien supporté, mais ne donne pas d'amélioration nette (12 cas).

Il est presque toujours peu abondant, ce qui n'empêche pas l'état général d'être touché, puis il se résorbe, et les lésions qui semblaient arrêtées suivent lentement leur cours. S'il est contro-latéral, les traitements collapsothérapeutiques institués conservent leur efficacité propre.

Sinon le pneumothorax inefficace par suite d'une symphyse accentuée cède la place à la phrénicectomie qui recueille de beaux succès.

Il importe dans tous les cas de respecter le collapsus même limité que donne l'épanchement. Une ponction intempestive, ainsi que le pensait LAENNEC, amène rapidement (obs. E. 121) une évolution brutale du côté thoracenthésé. Dans la majorité des cas la pleurésie fut moins la cause que la traduction pleurale d'une évolution grave, 15 cas.

La 9 après avoir monté à 40, ne redescend pas franchement ; les expectorations augmentent et le malade meurt rapidement (6 cas) ou sort de l'hôpital en triste état. Les traitements collapsothérapeutiques tentés à chaud n'ont pas réussi à arrêter l'évolution. Il faut enfin terminer par l'évocation de 2 observations dans lesquelles les troubles cardiovasculaires ont précédé, — 1 cas de polysérite avec péricardite — ou suivi — 1 cas de péricardite à épanchement — la pleurésie séro-fibrineuse. Ces 2 malades sont morts.

B) L'apparition d'un liquide séro-fibrineux dans la plèvre n'est pas rare au cours des traitements collapsothérapeutiques.

Nous n'avons pas en vue les hydrothorax, le simple exposé des questions qu'il a soulevé occuperait tout un volume.

Bien que ce fut décrit nous n'avons trouvé aucun cas d'épanchement dans les phrénicectomies. Les 12 malades qui nous servent de base de discussion ont tous fait une pleurésie contro-latérale à leur pneumo-thorax.

Ce dernier peut être efficace ou non, mais dans la règle la plèvre est parfaitement sèche. Comme d'habitude, il vient surtout chez la femme, au moment de ses règles, et l'étude des signes fonctionnels et généraux n'offre aucun intérêt spécial. Mais — sauf dans 2 cas — il est peu abondant. Il traduit l'amorce d'une bilatéralisation légère, qui régresse en général sous l'action du repos, mais peut être le point de départ de bilatéralisations ultérieures graves.

Son pronostic dépend uniquement de la facilité qu'on aura à le transformer en hydrothorax. Dans tous les cas son apparition grève l'avenir du traitement, et impose une prolongation de la cure sanatoriale.

Ainsi les pleurésies des tuberculeux n'offrent par elles-mêmes aucune différence avec les épanchements habituels. Mais témoins d'une évolution tuberculeuse du poumon sous-jacent, elles obligent, en l'absence d'une compression efficace que leur fugacité ne peut donner, à une surveillance prolongée et altère en définitive le pronostic déjà réservé des tuberculoses qu'elles viennent compliquer.

CONCLUSIONS

1) La menace de la tuberculose pulmonaire pèse lourdement sur l'avenir des pleurétiques.

On ne peut s'appuyer pour la prévoir, ni sur les antécédents personnels ou héréditaires des malades, ni sur l'abondance et la durée de l'épanchement. Certaines formes de « pleurésie locale évolutive » et de « polysérites » lui fournissent cependant le plus important contingent.

Une convalescence prolongée dans un établissement de cure, suivie d'une surveillance médicale attentive, peut prévenir dans une notable proportion l'éventualité de la tuberculose post-pleurétique ou tout au moins la rendre moins sévère.

2) La tuberculose envahit d'ordinaire le poumon entre la disparition du liquide et la troisième année, moins souvent entre la troisième et la cinquième année, plus rarement après.

Elle se localise du même côté que la pleurésie ancienne, presque toujours au lobe supérieur, elle est en général unilatérale.

Elle se manifeste sous toutes ses formes anatomo-pathologiques et cliniques, mais garde une prédilec-

tion pour les lésions nodulaires à évolution lente, mais à siège juxta-axillaire.

La plèvre est symphysée dans 90 % des cas. Dans les 10 % restants, la symphyse n'est que partielle et fait obstacle à la création d'un pneumothorax efficace.

Le traitement de choix des tuberculoses post-pleurétiques reste donc la cure simple en milieu sanatorial et la phrénicectomie efficace chez 23 % des malades.

Les lésions régressent facilement sous l'influence du traitement, mais récidivent plus facilement encore.

3) A côté des tuberculoses pulmonaires post-pleurétiques et des pleurésies survenant chez les tuberculeux pulmonaires, on peut individualiser une forme pleuro-pulmonaire d'emblée que caractérise l'envahissement simultané de la plèvre et du poumon par le bacille de Koch. Les lésions du parenchyme évoluent lentement tant que dure l'épanchement, mais le pronostic éloigné reste sombre. En effet, le pneumothorax, même substitué précocement à l'épanchement pleural est rarement complet et sa durée est presque toujours limitée par une symphyse progressive. Néanmoins on peut obtenir dans une minorité de cas de beaux succès.

Pour les cas rebelles au pneumothorax. les traitements les plus efficaces restent la cure en milieu sanatorial et la phrénicectomie.

4) Les pleurésies des tuberculeux traduisent la réaction localisée d'une évolution pulmonaire sous-ja-

cente plus ou moins importante. Elles peuvent dans certains cas, exercer une influence bienfaisante sur les lésions voisines, par une action mécanique, certaine, une action sclérosante probable, une action bactériolytique encore discutée.

Elles sont en général remarquablement tolérées, mais leur résorption peut être le point de départ d'évolution rapide vers la mort.

VU :

Le Doyen,

G. ROUSSY.

VU :

Le Président de la thèse,

LOEPER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — L'avenir des pleurétiques (*Paris Médical*, octobre octobre 1928).
- AMEUILLE. — L'Avenir de la phtysiologie (*La semaine des hôpitaux de Paris*, n° 6, 1936).
- ASSISES DÉPARTEMENTALES. — *Conclusions sur l'avenir des pleurétiques*, (7 juillet 1933).
- BARD. — *Formes postpleurétiques de la tuberculose* (1927).
- BERNARD Léon et BIDERMAN Max. — La tuberculose d'emblée pleuro-pulmonaire (*Revue de la tuberculose*, novembre 1931).
- BEZANÇON et WEIL M. P. — *Les antécédents des pleurétiques*.
- BEZANÇON et BUC. — Bactériologie du BK. (*Revue de la Tuberculose*, 1931).
- COURCOUX et CHANTESMESSE. — *Les pleurésies* (1913).
- COURCOUX. — Quelques notions récentes sur la tuberculose (*Archives de la Société Médicale de Passy*, mai 1926).
- CISTERNES DE. — *De l'influence des pleurésies intercurrentes sur les épanchements des tuberculeux*. (Thèse, Paris 1904).
- ERNSTEIN. — Avenir des Pleurétiques (*Archives des Assurances Sociales d'Alsace-Lorraine*).
- KUDLESKI. — L'avenir des pleurétiques (*Presse Médicale*, avril 1934).
- LIEBERMEISTER (Duren). — Les pleurésies, méningites et péritonites dans les différents stades de la tuberculose. *Brauers Beitrage*, n° 64, 1926).
- MAY (Wilhelm). — La place des pleurésies dans le tableau de la tuberculose (*Zeitung f. Tub.*, 1928).
- RAGNAR BORELIUS. — La pleurésie et la tuberculose pulmonaire (*Acta Scandinavia*, T. LXXIX, n° 5).

- RIST et AMEUILLE. — La symphyse pleurale hyperplasique des tuberculeux (*Revue de Tuberculose*, 1910).
- RIST KINDBERG et ROLLAND. — Études sur la réinfection tuberculeuse (*Annales* 1914, T. I.)
- ROSSEL. — Remarques sur les frottements pleuraux et les pleurésies sérofibrineuses secondaires des tuberculeux (*Revue Médicale Suisse Romande*, juin 1930).
- STEINERT. — La pleurésie et les différents stades de la tuberculose pulmonaire (*Brauers Beiträge*, 1924).
- STERNBERG. — Sur les localisations de la tuberculose (*Beiträge, zur kl. Tub.*, 1926).
- STIASSNIE. — Le pronostic des pleurésies séro-fibrineuses (*Revue de tuberculose*, avril 1930, n° 3).
- TOURNANT. — Contribution à l'étude radiographique des pleurésies sérofibrineuses (Thèse Paris, 1933).
- VAUDOUR. — Les pleurésies secondaires chez les tuberculeux chroniques (Thèse Paris 1932).

